

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1953

THÈSE

N° 460

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre DURANTON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 28 Novembre, à COSNE-D'ALLIER (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juin 1953

LA SCHIZOPHRÉNIE INFANTILE

Président : M. HEUYER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE

2. RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1956

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1953

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre DURANTON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 28 Novembre, à COSNE-D'ALLIER (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juin 1953

LA SCHIZOPHRÉNIE INFANTILE

Président : M. HEUYER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE

2. RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1956

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BÉNARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAÎTRE, LEMIERRE, LÉVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBRÉDANNE, SANNIÉ, SÉZARY, TANON.

Doyen LÉON BINET.
Membre de l'Institut.

Assesseur JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	CORDIER.
Anatomie pathologique	DELARUE.
Bactériologie	FASQUELLE.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports....	CHAILEY-BERT.
Biologie médicale	N...
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.).
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.).
	BROCQ (P.).
	DE GAUDART-
	D'ALLAINES.
Cliniques chirurgicales	MOULONGUET.
	QUÉNU (J.).
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.....	MERLE D'AUBIGNÉ.
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	FÈVRE (M.).
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (t.).
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Clinique de puériculture	LELONG.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO.
	BARIÉTY.
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON.
	MOREAU.
	DE GENNES.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	DEBRAY.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-
	RADOT.
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN.
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL.
	VARANGOT.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	
Clinique psychiatrique infantile	RICHET.
Clinique Rhumatologique et Sociale	HEUYER.
Clinique stomatologique.....	COSTE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DECHAUME.
Clinique thérapeutique médicale	SÉNÈQUE.
	LEMAIRE.

Clinique urologique	MM.
Embryologie	FEY.
Génétique	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAMY.
Histologie	SOUILLÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	VERNE.
Hygiène et médecine préventive	CATHALA.
Médecine du travail	JOANNON.
Médecine légale	DESOILLE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	PIÉDELIÈVRE.
Pathologie chirurgicale	GALLIARD.
Pathologie exotique	MÉNÉGAUX.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER.
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	LENÈGRE.
(Chaire à titre personnel).	
Pathologie médicale	MERKLEN.
Pathologie et thérapeutique générales.....	DECOURT.
Pédiatrie sociale	GARCIN.
Pharmacologie et matière médicale	MARIE.
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel).....	HAZARD.
Physiologie	DOGNON.
Physique médicale	BINET (Léon).
Radiologie médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	DESGREZ (Henri).
Thérapeutique	PATEL.
	TURPIN.

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		
Anatomie	DELMAS.	Obstétrique	GRASSET.
	DEBEYRE.		LEPAGE.
	OLIVIER.		MERGER.
	CABROL.		MORIN.
Anatomie patholo- gique	M ^{lle} GAUTHIER-		RAVINA.
	VILLARS.		N...
	BUSSER.		N...
	GOUYGOU.	Ophthalmologie ..	DESIGNES.
Bactériologie	NEVOT.		N...
	N...	Orthopédie	JUDET.
	ETTORI.	Oto-rhino-laryng.	AUBRY.
Biochimie médic.	SCHAPIRA.		MADURO.
	POŁONOWSKI.	Parasitologie	CHABAUD.
Biologie médic. .	BOURLIÈRE.		BRUMPT.
Dermato-Syphi- ligraphie	DUPERRAT.		ABOULKER.
Embryologie	TUCHMANN.		BAUMANN.
	BULLIARD.	Pathologie chirur- gicale	LORTAT-JACOB.
	COUJARD.		GOSSET.
Histologie	TUCHMANN.		LAURENCE.
	CORNET.		OLIVIER.
Hydrologie	BOYER.		POILLEUX.
Hygiène	DEPARIS.		VERNE.
Maladies infec- tieuses	BASTIN.	Pathologie expér.	N...
	DÉROBERT.		MAURICE.
Médecine légale et du travail ..	GAULTIER.		LOEPEP.
	HADENGUE.		BERNARD.
	N...		BOUDIN.
Neurochirurgie .	DAVID.	Pathologie médi- cale	CASTAIGNE.
Neurologie	LHERMITTE.		CONTE.
			DOMART.
			LAMOTTE.
			LAROCHE.

Pathologie médi- cale	{	MILLIEZ.	{	Physique méd. ..	DJOURNO.
		PEQUIGNOT.			GOUGEROT.
		PERRAULT.		Pneumo-Phtisiolo- gie	KREIS.
		RAMBERT.		Psychiatrie	N...
		THIEFFRY.		Psychiatrie infan- tile	MICHAUX.
Pédiatrie	{	TURIAF.	{	Rhumatologie ...	DELBARRE.
		N...			M ^{me} CHAPUT.
		JOSEPH.		Stomatologie	CERNÉA.
Pharmacologie ..	{	CHEYMOL.	{	Thérapeutique ..	CHASSAGNE.
		M ^{lle} LÉVY.		Urologie	KUSS.
Physiologie	{	BARGETON.	{		
		PARROT.			
		DEJOURS.			

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent :

Clinique chirurgi- cale	{	MM.	{	MM.
		AMELINE.		HAGUENAU.
		HUGUIER.		HAMBURGER.
		LÉGER.		KOURILSKY.
		PADOVANI.		MARCHAL.
Clinique médicale	{	N...	{	N...
		ROUX.		ESCALLE.
		RUDLER.		MAYER.
		SICARD.		N...
		BROUET.	{	OFFRET.
		N...		RENARD.
		N...	{	
		DREYFUS.		
		FAUVERT.		COUVELAIRE.

Secrétaire général de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire M^{lle} CHAINTREUIL.

Conservateur, chargé de la Direction Docteur A. HAHN.
Conservateur M^{lle} GOICHON.
Bibliothécaires { M^{lles} DUMAITRE, LAURENT, LE NOIR,
QUÉVRIEUX.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. HEUYER

*Professeur de Clinique psychiatrique infantile
à la Faculté de Médecine de Paris*

Médecin des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a initié à la neuro-psychiatrie
infantile et m'a permis de faire ce tra-
vail.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHAUX

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont la clarté de l'enseignement a
décidé de mon orientation psychiatrique.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS
ET DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDE DE LEURS AVIS
ET DE LEURS CONSEILS

INTRODUCTION

Il ne s'agit pas ici d'autre chose qu'un essai de mise au point du problème de la schizophrénie et des démences infantiles cryptogénétiques.

Ces domaines, qui sont restés longtemps mal connus, font à l'heure actuelle l'objet de travaux importants dans le monde entier et l'on a vu surtout depuis une quinzaine d'années une efflorescence de publications qui relatent des cas dont la classification varie suivant les tendances et la formation personnelle de l'auteur. L'on a ainsi pu lire les observations de démence précocissime, de schizophrénie infantile, de psychonévrose infantile, de psychose, de démence de Heller, de démence de Weygandt, souvent hélas beaucoup trop brèves et incomplètes pour que l'on puisse en faire état et tenter une étude critique de ces cas.

Nous éliminerons du cadre de cet essai les démences infantiles d'étiologie connues et dans lesquelles la richesse de la séméiologie d'accompagnement (neurologique, physiopathologique, endocrinienne, humorale) permet un diagnostic étiologique et parfois une thérapeutique efficace. Nous nous cantonnerons donc à l'étude de cas publiés comme :

- démence infantile de Heller ;
- démence précocissime ;
- schizophrénie infantile ;
- psychoses infantiles d'aspect schizophrénique.

Résumant d'abord l'historique de cette question, nous aborderons ensuite la description clinique de la schizophrénie infantile.

HISTORIQUE

L'historique de la schizophrénie infantile nécessite la mise en place de l'évolution des idées sur deux plans. Le premier est celui de l'histoire de la notion de schizophrénie et de celle de démence précoce, que l'on ne peut actuellement en France dissocier, tant les deux termes sont employés concurremment par les auteurs. Le deuxième est celui de l'adaptation à la nosographie psychiatrique infantile de l'entité : Démence précoce - Schizophrénie.

Histoire de la Schizophrénie.

Antérieurement à KRAEPELIN, c'est-à-dire pratiquement jusqu'à la fin du XIX^e siècle.

En France : Si les états correspondant à ce que nous nommons maintenant schizophrénie étaient déjà connus des cliniciens, ils n'étaient guère individualisés. Rappelons l'opposition que nous trouvons dans MAGNAN entre le délire chronique à évolution systématique vers la démence et les délires systématisés des dégénérés. Le premier entrera dans la synthèse de Kraepelin correspondant presque exactement à la première forme étiquetée démence précoce par cet auteur avant d'entrer dans la forme paranoïde. Le deuxième correspondant plutôt au délire systématique de la paranoïa, délire englobant toute la personnalité, délire développement de la personnalité (JASPERS). Enfin, si l'on a voulu attribuer à MOREL la paternité du terme comme de la notion de démence précoce, il semble que ce ne soit que par un artifice. MOREL a décrit ces états sous le terme de « stupidité passant à la démence » (Etudes cliniques, 1853, p. 275-295), mais il ne parle pas là de démence précoce. Le terme lui-même est employé par cet auteur à l'occasion de l'étude d'un membre d'une famille de « dégénérés » qu'il avait

eu l'occasion d'observer. Ce cas, dont le premier développement avait été normal, peut bien représenter un authentique cas de démence précoce telle que nous la concevons actuellement, mais MOREL la rattache à l'arriération mentale, l'idiotie, ou l'imbécillité, quatrième classe des folies héréditaires. Ce sujet ayant « atteint le terme de la vie intellectuelle dont il peut disposer ».

C'est en Allemagne que progressivement KRAEPELIN opère la synthèse de la démence précoce. KAHLBAUM en 1863 avait décrit « la paraphrenia hebetica » apparaissant à la puberté, forme que son élève HECKER décrivit sous le terme aujourd'hui bien connu d' « Hébéphrénie ». Puis il décrit une autre entité : la catatonie (1874).

KRAEPELIN, au cours de l'évolution de ses idées, fit paraître, de 1883 à 1910, huit éditions de son « Kompendium der Psychiatrie ». C'est à partir de la 4^e édition (1893) que l'on voit apparaître la démence précoce, qu'il juxtapose à la catatonie et à la démence paranoïde dans le groupe des dégénérescences. Il va ensuite faire une synthèse qui groupera sous le terme de démence précoce des éléments de plus en plus étendus donnant des critères étiologiques, cliniques, évolutifs qui ont été modifiés à chaque édition :

- Dégénérescence et évolution démentielle ;
- Maladie mentale acquise par trouble de la nutrition ;
- Evolution démentielle rapide lui permettant de rapprocher, en 1899, hébéphrénie, catatonie et démence paranoïde par l'identité des états terminaux, puis il insiste sur des critères plus cliniques : l'affaiblissement de l'activité mentale et surtout l'inaffectivité. Enfin, après avoir placé sous la dénomination de démence paranoïde la plupart des délires chroniques, il en fait sortir une certaine catégorie, les paraphrénies, lorsque, dans sa 8^e édition, en 1910, il classe la démence précoce parmi les états démentiels d'origine endogène (?) caractérisés par : la désagrégation psychique, l'inaffectivité, et comportant 9 formes cliniques : forme simple, hébéphrénie, forme dépressive ou stuporeuse, forme délirante, forme avec agitation (circulaire ou continue), forme catatonique, démence paranoïde grave, démence paranoïde atténuée, démence avec confusion du langage. Accueillies avec réticence en France, les descriptions de KRAEPELIN eurent ensuite un succès considérable et la démence précoce englobe presque tout le groupe des démences vésaniques formant le cadre des états démentiels primitifs.

La psychiatrie allemande s'intéressa ensuite au caractère pseudo-déméntiel de la démence précoce, précédant en cela les écoles françaises, puisque KRAEPELIN lui-même avait été frappé par ce fait et dès 1906 (7^e édition), il abandonne le critère évolutif qui lui avait permis de créer la notion de *démence précoce*.

C'est alors qu'intervient l'influence de l'Ecole Psychanalytique de Vienne, mettant en évidence l'importance des motivations inconscientes dans les troubles mentaux et c'est à BLEULER que revient le mérite d'avoir bâti avec l'analyse une conception de la démence précoce en recherchant le trouble primaire, qu'il pense avoir trouvé dans la « Spaltung », véritable scission des fonctions psychiques, d'où le nom de schizophrénie, qui va bientôt être utilisé à l'égal du terme de démence précoce. Nous y reviendrons. Ce caractère n'avait pas échappé aux cliniciens français et nous le retrouvons dans l'idée de la discordance de CHASLIN, dans l'idée d'incohérence. Nous sommes obligés ici de rappeler brièvement la conception bleulerienne de la schizophrénie.

« Par démence précoce ou schizophrénie, dit-il, nous désignons un groupe de psychoses qui évoluent, soit chroniquement, soit par poussées, qui peuvent s'arrêter à chaque stade de leur évolution et régresser, mais sans restitution « ad integrum » complète. Elles sont caractérisées par une altération de la pensée, des sentiments et des rapports avec le monde extérieur, d'un mode spécifique ne se présentant nulle part ailleurs ». Puis il en développe la séméiologie, lui donnant non une explication, mais une motivation inconsciente dans les tendances et complexes que ne régularisent plus, ne synchronisent plus en une personnalité cohérente, une entité (Le Moi) lésée dans cette psychose. Dissociation (Spaltung) des fonctions psychiques, d'où perte de l'unité de la personnalité et il fait une distinction entre trouble primaire : « ressortissant directement du processus morbide » et symptômes secondaires, qui peuvent varier avec chaque individu en relation avec l'expérience vécue du sujet, avec ses conflits affectifs actuels ou anciens que la méthode analytique venait de découvrir.

Il se basait sur une conception associationniste de la psychologie. Celle-ci, pour les psychanalystes, étant réglée, dirigée par la dynamique de la zone des instincts plus ou moins intégrée

au Moi ou endiguée par celui-ci. Il concevait la cause de la schizophrénie comme un processus morbide de caractère organique. De ce processus dépendent directement les *troubles primaires* : trouble associatif essentiellement, morcellement de la pensée, d'où incohérence pour l'observateur, d'où aussi les barrages. En dehors de ce trouble essentiel, appartiendraient aussi aux troubles primaires des états d'égarement (Benommenheit), des états d'excitation maniaque et parfois d'inhibition mélancolique et des troubles plus neurologiques : inégalité pupillaire, troubles vaso-moteurs, accès catatoniques, stéréotypies, dans la mesure où ils relèvent d'un processus cérébral.

Quant aux troubles secondaires, c'est l'ensemble des signes les plus apparents. Ils gardent une tonalité particulière reflétant le trouble primaire qui soit permet leur extériorisation, soit s'exprime par eux.

Troubles du cours de la pensée : barrages, négativisme systématique, ambivalence, dissociation des complexes à l'intérieur de la personnalité, complexes qui s'extériorisent sous une forme plus ou moins symbolique.

Troubles de l'affectivité qui, pour BLEULER, n'est pas détruite, mais discordante de la personnalité, incompréhensible pour l'observateur, et s'exprimant dans l'autisme d'où sont écartés les sentiments pénibles.

L'autisme est alors en effet la *conséquence* directe de la « spaltung ». Les tendances affectives s'y libèrent et s'y satisfont. Il n'y a plus d'obstacles, plus d'angoisse. Cette activité imaginative doit être rapprochée de l'activité de jeu de l'enfant normal et nous verrons son intérêt lors de l'étude des cas de schizophrénie infantile.

L'ambivalence, marque et conséquence de la « spaltung », qui ne permet plus la cohérence de la personnalité, mais au contraire laisse juxtaposés des idées et des sentiments opposés.

Enfin *la démence*, en réalité : pseudo-démence, car tous les auteurs sont unanimes à signaler les véritables résurrections observées sur de vieux schizophrènes considérés comme complètement déments et que des causes variables (maladies intercurrentes, thérapeutique de choc ou autres), parfois sans cause

apparente, ont ramené à un comportement normal, parfois progressivement, et souvent en quelques jours. Phénomènes restant d'autant plus mystérieux qu'à ce moment, les malades sont capables de rappeler événements et menus faits qui se sont passés pendant les périodes où ils semblaient totalement indifférents et « hors du monde ».

Pour revenir à BLEULER, les éléments constitutifs de cette « stupidité » (Blödsinn) sont : les troubles associatifs rendant la pensée logique à peu près impossible ; les troubles affectifs rendant incompréhensible le comportement ; l'autisme, remplaçant pour le malade l'activité dans le réel.

Quant aux « *altérations de la réalité* », activité hallucinatoire et délirante, elles s'expliquent dans les théories analytiques, par l'anxiété secondaire aux conflits affectifs. BLEULER rapproche en cela la schizophrénie du rêve. Dans les deux cas une dissociation analogue de la personnalité (disons plutôt du « Moi ») permet l'extériorisation apparemment incohérente et plus ou moins symbolisée des complexes.

Enfin les signes de la série catatonique comportant un agglomérat clinique artificiel de signes primaires et secondaires, le négativisme étant le refus partiellement conscient des sollicitations extérieures éprouvées comme désagréables. Les troubles moteurs (automatismes stéréotypés) s'expliquent plus par les motivations affectives, donc d'ordre psychique, et n'apparaissent que par la dissociation primitive (spaltung). Cependant il reste une « tendance aux stéréotypies » qui, pour BLEULER, serait primitive.

La schizophrénie est donc ainsi bien définie et bien limitée, cependant, et nous l'avons déjà vu dans sa définition initiale, il s'agit d'un groupe de psychose et non d'une affection à étiologie et modalité unique. Leur séméiologie est en effet variable avec les individus. Il reste un fond commun donnant une allure particulière, même si l'aspect premier est celui d'une autre affection : maniaque dépressive par exemple qu'elle peut simuler par son évolution par poussées et par ses formes d'excitation et d'inhibition psychomotrice.

Leur évolution n'est pas univoque, mais très variable : notion de démence précoce fixée, notion de régression (toujours partielle) du processus, d'où l'importance de la recherche des troubles primaires, dont l'essentiel est la dissociation, mais

n'est peut-être pas le seul. Nous y trouvons aussi l'idée de perte de contact avec la réalité, mais cette perte n'est envisagée par BLEULER que comme conséquence de la dissociation.

Quant à la nature du processus lui-même, il s'agit d'un processus organique inconnu (1). Voilà posé le problème de la schizophrénie. La séméiologie clinique en est maintenant décrite, ainsi que ses possibilités évolutives : arrêt de l'évolution, possibilité de régression partielle, possibilité d'évolution démentielle apparente, mais jamais certaine.

La première question qui s'est posée est celle de l'extension du concept schizophrénie et si en France l'on en est généralement resté aux limites fixées par KRAEPELIN pour les démences précoces, à l'étranger, pays de civilisation germanique ou anglo-saxonne, l'on a étendu l'importance de ce cadre, et l'on voit d'emblée l'importance de ce point lorsqu'il s'agira de compiler la littérature psychiatrique de ces pays. Tous les délires chroniques ou presque y sont entrés. Les syndromes aigus, surtout confusionnels, ont été catalogués schizophrénies aiguës. Nous reverrons ce problème plus particulièrement pour la schizophrénie infantile.

La deuxième question va être celle de la primauté, de la secondarité des symptômes, ce qui nous amènera à parler des conditions étiologiques. Pour BLEULER : maladie acquise (processus) entraîne le trouble primaire, la dissociation qui déclenche les troubles secondaires.

KRETSCHMER fit alors ses considérables travaux sur les constitutions, émettant une théorie constitutionnaliste de la schizophrénie, les schizophrènes se recruteraient, pour lui, parmi les sujets de type morphologique leptosome, athlétique ou dysplastique et à caractère schizoïde. Cette conception eut un grand succès, étayée par de multiples études sur l'hérédité de la schizophrénie.

En France, MINKOWSKI reprend partiellement cette doctrine. Elève de BLEULER, il modifie l'hypothèse de ce dernier, tout en reprenant la distinction entre troubles primaires et troubles secondaires. Pour lui, la schizophrénie n'est pas consécutive à un processus acquis, mais correspond à un comportement, à une attitude morbide de la personnalité. Il met au premier plan

(1) Sur la fin de sa vie, BLEULER se serait rallié à une conception purement psychogénétique.

l'autisme qui pour lui n'est pas la conséquence secondaire de la dynamique instinctive dans une personnalité lésée, désagrégée, ce n'est pas une activité dégradée, mais au contraire le trouble primaire de la schizophrénie, la schizophrénie elle-même. L'autisme est pour Minkowski l'activité d'une personnalité constitutionnellement amoindrie, ce qui nous ramène à envisager l'importance du type morphologique.

Le caractère pathologique de cette activité réside dans son inadaptation à la réalité dans la « perte du contact vital avec le réel ». La scission (Schizo) n'est pas essentiellement intérieure, ce n'est pas la dissociation, mais un plan de clivage entre la personnalité, son activité d'une part et le monde extérieur d'autre part. Cette opinion a prêté à de nombreuses discussions, du fait surtout de l'observation en cliniques psychiatriques des cas où la schizophrénie semble bien évoluer comme un processus, d'où les deux thèses qui ne s'opposent pas forcément, mais peuvent exister parallèlement, de schizophrénie constitutionnelle et schizophrénie acquise processuelle, distinction que RÉGIS avait voulu concrétiser en distinguant la démence précoce dégénérative de la démence précoce à type confusionnel d'étiologie toxi-infectieuse, distinction que l'on retrouve en Allemagne dans les querelles entre notion de psychose endogène et notion de psychose exogène.

Disons tout de suite que grossièrement, en Allemagne, les auteurs considèrent plutôt la schizophrénie comme une psychose endogène et même congénitale. KLEIST en fit une hérédodégénération.

En France, l'on a plutôt cherché à préciser les facteurs exogènes, sans négliger la part de l'hérédité et de la constitution. D'où essais de distinction (CLAUDE, BOREL, ROBIS) entre démence précoce : maladie acquise caractérisée par l'affaiblissement des capacités intellectuelles — démence réelle, rapide (hébéphrénie, démence simple de Morel) d'une part et d'autre part, la schizophrénie, se développant sur un terrain particulier (cf. KRETSCHMER), et qui s'individualise par la dissociation. Cette dernière s'extériorise en clinique par la discordance et peut, mais seulement après une très longue évolution, prendre une allure dementielle, véritable « démence vésanique ».

Que pouvons-nous retirer de cet historique parmi les multiples opinions et doctrines ? Le problème de l'existence d'une

entité schizophrénie, celle-ci pouvant n'être qu'une réaction psychopathologique à des facteurs psychiques et somatiques divers. D'où l'étude des réactions schizophréniques carcérales, toxi-infectieuses. L'appréciation de l'importance des facteurs constitutionnels et héréditaires est compliquée du problème de l'éducation et du développement de la personnalité, étant donné qu'à hérédité des « gènes » s'ajoute l'éducation par des parents tarés.

D'où aussi l'importance des anomalies psychologiques de l'enfance des schizophrènes adultes et des troubles de type plus ou moins schizoïdes observés dans cette enfance.

Enfin l'on doit se poser la question de savoir si en étendant à l'extrême le domaine de la schizophrénie, même en France où il est resté relativement limité, on n'a pas fait une erreur et si, avec CLAUDE et ses élèves, il ne faut pas faire une distinction entre la démence précoce et les schizophrénies pseudo-déméntielles (étant bien entendu que l'on a déjà écarté de ce cadre les psychoses délirantes hallucinatoires chroniques correspondant grossièrement aux paraphrénies de KRAEPELIN et la paranoïa.

Nous laissons volontairement de côté, car elle ne nous intéresse pas ici, la notion des schizophrénies tardives, qui a permis à certains de faire entrer dans la schizophrénie tous les délires chroniques.

Historique de la Schizophrénie infantile.

Il reste à exposer comment s'est présenté le problème de la schizophrénie appliqué à la psychopathologie infantile.

Pour la période la plus reculée, tous les historiques (BRADLEY, 1942, LUTZ, 1937) ne font guère que citer les différents auteurs qui ont publié quelques articles ou traités de psychiatrie infantile. En effet, avant 1898, avant donc l'apparition du concept même de démence précoce, il est difficile de rattacher à la schizophrénie ou à la démence précoce les cas publiés. Cependant ils n'avaient pas échappé à l'observation des cliniciens qui les avaient classés le plus souvent dans le cadre de l'idiotie. Mais si dans leurs ouvrages l'on peut trouver des passages se rapportant aux psychoses chez l'enfant, il est difficile de plaquer

la nosographie moderne sur ces cas de démences, d'idiotie ou de psychose.

Citons FRIEDRICH en 1834, GRIESSINGER en 1845. ESQUIROL, en 1838, pense que l'aliénation mentale n'existe pas chez l'enfant en dehors des anomalies congénitales et des états convulsifs. Il décrit cependant des cas de « mort par marasme d'enfants mélancoliques » ; il ne peut y avoir de démence avant la puberté, dit-il.

Citons encore EMMINGHAUS (1887), la thèse de BOUCHUT (1886). SCHONTHAL en 1892 insiste déjà sur la nécessité de ne pas confondre l'étude des affections psychiatriques survenant chez des sujets immatures et celles qui surviennent chez des adultes ou même des adolescents. Notons déjà l'opposition que l'on rencontre entre EMMINGHAUS et MANSLEY, le premier affirmant que l'on ne peut, comme le fait le second, assimiler les psychoses de l'enfant à celle de l'adulte.

MOREAU DE TOURS, en 1888, écrit un important traité sur la « folie chez l'enfant » et, s'il discute longuement l'existence d'hallucinations vraies, il est assez difficile de retrouver dans ses descriptions cliniques des cas de « schizophrénie infantile ». Il parle cependant d'enfants « qui perdent l'esprit et végètent misérablement dans les maisons d'aliénés, en proie à une démence incurable qui, sans délire succédant à une infection aiguë, voient leur intelligence s'affaiblir, les notions acquises devenir moins nettes et tomber dans un état qui simule l'imbécillité, l'idiotie, la démence ». Faut-il rattacher ces cas à la démence précocissime (S.I.) ou à des démences encéphalopathiques ? Cette question difficile à résoudre lorsqu'on a affaire à des publications récentes, est ici insoluble. MOREAU rattache ces états à des tares héréditaires.

Puis ce sont les traités de IRELAND, 1898. MANNHEIMER, 1899, nous restons toujours dans l'imprécision des diagnostics et même des descriptions cliniques. En 1904, les articles de COMBY : « psychoses chez l'enfant », et de CHASLIN et ROUSSEAU dans le « traité des maladies de l'enfance », reflètent la même incertitude dans l'exposé d'une foule de formes cliniques plus ou moins étiologiques mises côte à côte. Idioties innées ou acquises, psychoses analogues à celles de l'adulte. De ces articles ne ressort que l'importance, pour ces auteurs, de l'hérédité, de la tare, de la notion de dégénérescence. COMBY affirme pour-

tant l'intérêt de l'étude des troubles psychiques de l'enfant, qui pourraient être les signes avant-coureurs, les prodromes des psychoses de l'âge adulte, et que l'on retrouve rétrospectivement dans les antécédents personnels des aliénés.

Après l'individualisation de la démence précoce conçue comme une entité par KRAEPELIN, l'apparition de celle-ci dans l'enfance a été envisagée de deux points de vue différents :

- description séméiologique de cette affection chez l'enfant ;
- recherche dans l'enfance des déments précoces adolescents ou adultes, d'anomalies dont la connaissance plus approfondie permettrait de poser le diagnostic plus précocement, et peut-être d'intervenir à ce moment par une thérapeutique efficace. C'est ce qu'a tenté JELLIFE en 1907, dans un article sur « les signes de la pré-démence précoce ». KRAEPELIN lui-même ne néglige pas ces faits, il estime à 3,5 % la proportion des démences précoces ayant débuté dans l'enfance et il note que certains enfants semblent de par leur comportement prédisposés. Citons ici BLEULER, qui pense que la schizophrénie peut apparaître dès la septième année et estime à 4 % le nombre des schizophrénies qui débudent avant 15 ans. A cette époque, l'on assiste à une efflorescence de publications sur les cas de démences chez l'enfant.

STROHMAYER, en 1910, applique la séméiologie de la démence précoce kraepelinienne à l'enfant, comme d'ailleurs celle des autres maladies mentales, tandis que VOGT, en 1909, insistait sur l'impossibilité de calquer la pathologie infantile sur la nosographie et la séméiologie de la psychiatrie adulte, envisageant les manifestations de la démence chez l'enfant en fonction de son niveau de développement psychologique. Mais c'est à cette période aussi que parmi les études publiées nous devons parler de deux auteurs essentiels : SANTE DE SANCTIS qui, en 1908, décrit la démence précocissime et HELLER qui, à Vienne, en 1908, décrit la démence infantile qui portera son nom.

C'est en 1905 que DE SANCTIS décrit un syndrome de démence chez des enfants de 6, 7 et 10 ans. Trois ans plus tard, en 1908, il publie l'observation d'un enfant de trois ans chez lequel le diagnostic de « catatonie » lui semble, dit-il, inattaquable (cf. obs. C). Nous allons citer ici ses arguments, car ils permettent de faire le point des idées à cette époque. Il s'agit d'une

petite fille de 3 ans qu'il a pu observer pendant plus d'un an et qui, après un premier développement normal, a présenté :

- des troubles du comportement (?) ;
- un syndrome cataleptique bien caractérisé et irrécusable ;
négativisme et stéréotypies dans l'activité de jeu ;
indifférence et apathie.

Ce syndrome était apparu à la suite d'un traumatisme affectif extrêmement violent : la mère, en se précipitant pour sauver sa fille qui imprudemment traversait la rue et risquait d'être écrasée, s'est trouvée elle-même accrochée et tuée sur le coup par un tramway. L'enfant ne présentait aucune affection physique ou neurologique décelable cliniquement ou biologiquement. L'auteur élimine le diagnostic d'hystérie par l'absence des troubles convulsifs et sensitifs habituels pour lui dans cette affection et le diagnostic de la pseudo-démence de Wespahl-Strumpel par l'absence du syndrome neurologique. Il pose la question de la place des catatonies dans ou hors du cadre de la démence précoce kraepelinienne. Il pense, à une époque où l'on espérait pouvoir rapidement individualiser des entités morbides par la connaissance de leur étiologie, qu'il est impossible d'assimiler la catatonie de l'enfant de 3 ans à celle de l'adulte ou de l'adolescent. Dans celle-ci les facteurs sexuels (psychologiques et physiologiques) seraient déterminants.

En 1908, HELLER décrit, sous le nom de « Dementia infantilis », une entité clinique tout à fait indépendante pour lui des démences infantiles déjà connues. Après un développement normal, vers l'âge de 3 ans environ, progressivement ou au contraire par poussées aiguës, l'enfant présente une détérioration mentale grave, aboutissant en général à un état de démence irréversible en quelques mois. HELLER présentait alors 6 observations. Les observations de démence de Heller restent rares dans la littérature psychiatrique. Nous trouvons cependant à Vienne, en 1921, une publication de ZAPPERT J., rapportant 7 cas nouveaux, dont 5 avaient été observés et communiqués à l'auteur par HELLER lui-même. Tous ces cas se rapportent à des enfants âgés de 3 à 4 ans, les premiers troubles observés sont en règle des troubles de la parole ; leur aspect en est d'ailleurs très mal systématisé, puisque nous trouvons énumérés sans transition, écholalie, bégaiement, refus de parler (mutisme plus ou moins complet), langage déformé, transformé au point

d'être incompréhensible. Le dénominateur commun de tous ces états est représenté par l'évolution rapide vers la démence avec intégrité complète tant des fonctions viscérales que neurologiques. A ce stade, le comportement de ces enfants est tout à fait comparable à celui des idiots que l'on est obligé d'alimenter, de nettoyer, comme des nourrissons. Le développement statural et pondéral reste sensiblement normal. Mais nous trouvons en dehors de cela toute une séméiologie beaucoup plus complexe que HELLER et ZAPPERT placent au second plan, mais que nous rappellerons cependant. Ce sont :

— Des troubles du comportement, états d'agitation, soit activité de jeu incessante et stéréotypée, soit agitation anxieuse, avec pleurs et cris, agitation incoercible, violente, parfois brutale.

— Désintérêt total pour la famille et inaffectivité.

— Désintérêt aussi pour sa tenue, négligence, malpropreté, énurésie, encoprésie.

— Enfin des « hallucinations terrifiantes », mais en l'absence de description plus précise, il est très difficile de savoir dans quelle mesure nous pouvons penser qu'il s'agit de véritables hallucinations chez un enfant de 4 ans.

— Nous trouvons aussi les stéréotypies, les accès de catalepsie, les accès de rires et de pleurs immotivés, des crises de colère brutales et élastiques, une indifférence ou des troubles de l'affectivité divers, un faciès qui semble avoir beaucoup frappé les auteurs par son aspect « intelligent » contrastant avec l'aspect de l'idiot dont ces malades ont cependant le comportement. La mimique est cependant anormale et ils décrivent soit l'immobilité, la fixité, l'indifférence, soit des grimaces, un maniérisme (presque un parasitisme mimique, dirions-nous).

HELLER, comme ZAPPERT en 1921, pense qu'il faut distinguer la « *dementia infantilis* » de la démence précoce type Kraepelin d'une part, des autres démences infantiles d'étiologie connue d'autre part, et ils se fondent, pour les secondes, sur l'absence complète de signes physiques, neurologiques ou biologiques qui caractérisent la paralysie générale infantile, les démences épileptiques, les encéphalites de toutes sortes. A propos de ce dernier diagnostic, ils donnent comme caractère particulier l'aspect de confusion et de stupeur aiguë évoluant vers la guérison que revêtent les atteintes encéphalitiques.

Pour la démence précoce, les arguments de ces auteurs sont les suivants : l'âge des malades, de 3 à 4 ans, il n'existe pas de démence précoce avant 10 ans minimum ; la rapidité de l'évolution démentielle ; l'importance des troubles de la parole.

D'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons RAECKE en 1908, VOGT en 1909, publient des cas de démences infantiles d'étiologie obscure, mais le premier ne publie comme telles que des observations d'enfants âgés de plus de 12 ans, limite en-dessous de laquelle on ne saurait pour lui parler de démence.

Dans les cas qu'il rapporte, il insiste sur trois points :

1° Fond de débilité mentale préexistant ;

2° Aspect d'idiotie qui pourrait donner le change en l'absence des données anamnestiques ;

3° Possibilité de retrouver dans l'enfance de ces malades des troubles qui pourraient être considérés comme les premiers signes de l'atteinte psychotique. Le pronostic pour lui n'est pas trop défavorable, le processus paraît souvent se fixer et ne laisser que quelques troubles du comportement ou du caractère.

Quant à VOGT, il ne pense pas non plus que l'on puisse parler de démence précoce avant la puberté, les syndromes pseudo-catatoniques observés dans l'enfance pouvant être des traits caractériels en relation avec le développement intellectuel et affectif de tout enfant.

WEYGANDT décrit à la même époque (1908-1909) une démence infantile qu'il ne pense pas pouvoir intégrer dans le cadre de la démence précoce. Les publications se raréfient ensuite après cette efflorescence, les problèmes restent posés. Ils ne vont se modifier que par l'apparition de la notion de schizophrénie et surtout par les données de la psychanalyse.

Nous ne pouvons que citer ici les quelques travaux antérieurs à la période moderne proprement dite de cette étude :

VOGT en 1919, GRUNTHAL (1919) n'apportent aucun élément nouveau.

Ce n'est qu'autour de 1925 que nous retrouvons une série de publications et d'ouvrages rattachés tantôt à la démence précoce, tantôt à la schizophrénie infantile tantôt aux démences infantiles type Heller.

Citons : HIGIER (1924), S. DE SANCTIS (1925), HOMBURGER (1926), HALBERSTADT (1926).

Celui-ci essaye une étude critique de la démence précoce infantile et il reprend 12 observations de VOIGT de démences infantiles à partir desquelles il tente d'extraire les aspects de la personnalité infantile des futurs déments précoces que KUNKEL avait rassemblés. Il fait ensuite une description de la démence précoce infantile calquée sur la séméiologie de l'adulte, en insistant sur les formes héboïdophréniques. Le pronostic est toujours grave pour cet auteur, car il s'agit d'un processus frappant un cerveau en plein développement. C'est à cette époque que le Prof. HEUYER s'intéresse à ce sujet et publie en 1929, avec BADONNEL et BOUISSON, un article sur « les voies d'entrée dans la « démence précoce ». CIMBAL (1927), FUST (1931), SIMSON (1933), KANNER (1935), BENJAMIN (1938), BROMBERG en 1934 insistent encore sur la difficulté du diagnostic avec la débilité mentale. Puis ce sont les apports de LOUHRIT (1936) et de MORGAN (1936) s'intéressant aux problèmes psychopathologiques posés par ces malades. MAYER GROSS en 1922, dans le traité de BUMKE, parle de la schizophrénie infantile comme d'une psychose de diagnostic très difficile, pour ne pas dire impossible, en raison de l'absence totale de caractère pathognomonique. Son apparition reste souvent inapparente, ce qu'il explique par l'indifférenciation de l'expression chez les enfants (1). Quant à l'évolution, elle lui permet de classer les cas évoluant vers la démence (Verblödung) non dans les schizophrénies infantiles, mais dans les maladies organiques (d'accord en cela avec HOMBURGER et WEYGANDT).

En Amérique, parmi d'autres travaux, nous citerons la publication de POTTER en 1933 sur 6 observations de schizophrénie dont l'âge de début s'étale de 6 à 12 ans. Nous ne ferons que citer ici quelques traits essentiels de son analyse séméiologique.

— Importance chez ces enfants de l'utilisation d'une expression symbolique de leurs affects, de leur pensée, des mécanismes de compensation (langage, dessin) ;

— La nécessité pour le diagnostic de l'existence d'une régression ;

(1) Il met cependant déjà en premier plan « la perte de contact naturel avec l'entourage ».

— Le narcissisme de l'attitude affective de ces malades ;

- L'intérêt de l'étude du milieu familial dans lequel l'auteur trouve presque toujours une mère rigide et autoritaire, un père faible.

Nous nous arrêterons plus longuement sur la mise au point que LUTZ fait en 1937 sur cette question.

Cet auteur fit une revue complète de toute la littérature parue à ce sujet et son travail présente un intérêt considérable par la richesse et la clarté de ses idées. Dans son étude critique, il a pris, pour affirmer le diagnostic de schizophrénie infantile, des critères très stricts, trop peut-être, dans le but d'en tirer une séméiologie indiscutable et précise. Il signale :

— La nécessité d'étudier la psychose de l'enfant par rapport à l'enfant normal d'une part, par rapport à l'expérience vécue du sujet d'autre part ;

— La nécessité aussi de garder comme critère l'évolution vers un état de détérioration mentale réelle ;

— L'impossibilité d'appliquer à l'enfant la description admise pour la schizophrénie de l'adulte. Il critique, en accord avec les idées de SCHWAB, la description chez l'enfant, faite par NIEDENTHAL, de troubles du cours de la pensée, d'hallucinations, de discordances et d'un syndrome catatonique.

Prenant comme limite supérieure l'âge de 10 ans, il s'oppose à la plupart des auteurs précédents et s'attaque au problème de la schizophrénie de la première et de la deuxième enfance, en éliminant les psychoses prépubertaires. Fait notable, il trouve une similitude frappante dans les descriptions cliniques des cas ainsi limités. Il élimine les cas de démences infantiles décrits par HELLER, WEYGANDT, et la plupart des cas publiés par S. DE SANCTIS, comme démences organiques, lésionnelles, quoique d'étiologie assez obscure et malgré l'aspect clinique tout à fait similaire qu'elles peuvent revêtir. Il élimine aussi des cas dont la relation donne plutôt l'impression d'une attitude réactionnelle à une situation conflictuelle. Une difficulté importante de son travail réside dans l'appréciation de la psychologie normale ou pathologique de sujets dont la nationalité, la civilisation, l'éducation, la race même sont aussi différentes de la sienne.

Voici les grandes lignes de sa description. Le mode de début est aigu ou chronique, mais dans tous les cas il y a rupture de la « ligne de la vie », de l'évolution du sujet, d'où l'idée

implicite d'un processus causal intervenant au cours d'un développement auparavant normal.

Les troubles du contact affectif semblent être pour LUTZ essentiels, se traduisant par l'indifférence. Le refus de contact s'étend du domaine affectif au domaine physique : refus de toucher ou d'être touché, refus de l'examen. D'un autre côté, repli dans un monde intérieur, dans un autisme, monde de chimères et de rêves. Jamais, quelles que soient les rémissions, le contact ne reprendra sa spontanéité, son naturel, « sa fraîcheur ». La perte de l'intérêt pour le monde extérieur en est un autre symptôme (mais peut-être secondaire). L'autisme paraît presque vide, car il n'y a pas de constructions délirantes comme chez l'adulte, les formes de délires paranoïdes n'existent pas chez l'enfant. Il n'y a pas de troubles primaires des fonctions intellectuelles, des perceptions et des souvenirs en particulier, ce qui les différencie des troubles organiques, démences ou idioties, consécutifs à des encéphalopathies et des phénomènes confusionnels aigus, dans lesquels les troubles du contact sont évidemment secondaires.

La tendance à l'isolement est l'une des traductions les plus claires du désintérêt et du manque de contact, mais il en est d'autres, souvent plus complexes dans leur mécanisme. Ce sont l'entêtement, l'opposition négativiste, l'irritabilité, souvent accompagnés d'anxiété.

Les troubles du langage sont très importants et précoces. Ils font rarement défaut chez l'enfant schizophrène avant l'âge de 6 ans. Mutisme ou logorrhée, parfois alternance des deux, bégaiement ou modifications de la tonalité, de l'intensité, du rythme de la phonation. Appauvrissement du langage et transformation de celui-ci le rendent parfois incompréhensible. Maniérisme, préciosité, écholalie, répétition stéréotypée de mots ou de phrases (paraissant correspondre au phonographisme décrit par TRAMER) sont aussi des caractères fréquents. Mais ces symptômes doivent, en partie tout au moins, être considérés comme secondaires aux troubles du contact, le langage en étant l'intermédiaire essentiel. Il ne s'agit en aucune façon d'une atteinte neurologique de ce moyen d'expression. Enumérons les autres signes décrits par LUTZ comme secondaires ou moins fréquents :

L'anxiété, souvent à prédominance nocturne. L'irritabilité

et, rarement, la stupeur d'aspect catatonique. Le puérilisme, des bizarreries, des troubles de l'humeur et de l'activité tels que : états d'excitation, accès de colère rageuse, explosions hostiles ou au contraire apathie, inhibition et chez les enfants plus âgés, de véritables « actes forcés », ébauche d'un sentiment d'influence. Parfois un syndrome catatonique, des stéréotypies, des mouvements rythmés. Enfin, énurésie et encoprésie.

Suivant l'évolution, LUTZ décrit deux aspects cliniques possibles. L'une a un début insidieux et progressif à évolution parfois marquée de rémissions légères, mais lentement évolutives vers un état de démence. L'autre à début aigu évoluant par poussées entrecoupées de rémissions presque complètes.

Dès 1938, L. BENDER s'applique à l'étude des troubles neurologiques et neurovégétatifs chez les schizophrènes. Par l'utilisation du test de Gestalt, elle cherche à mettre en évidence les troubles de la perception spatiale et cliniquement elle étudie le déséquilibre neuro-endocrinien végétatif. Il nous faudra rapprocher cette étude des observations qui ont été faites chez les démences précoces adolescents et adultes de troubles vasomoteurs, cyanoses et œdème, des extrémités en particulier.

En France, le Professeur HEUYER s'est intéressé à la nosographie des démences infantiles, publiant avec DUBLINEAU et DE CHABERT une mise au point sur ce sujet en 1936.

A partir de cette époque, les chercheurs vont essayer de pénétrer plus profondément dans le psychisme de ces enfants si incompréhensibles, dès l'abord, que ce soit par des études cliniques, des tests ou des techniques analytiques diverses. Déjà SSUCHAREWA en 1926, NIEDENTHAL en 1932 avaient fait des essais dans ce sens. PIOTROWSKI avait fait une étude comparative des tests psychométriques chez des enfants schizophrènes et chez des arriérés, mais ce n'est que peu avant la guerre que ces recherches sont reprises systématiquement. L. DESPERT en 1940 établit que la pensée schizophrénique ne peut être assimilée à la pensée de l'enfant, contrairement à ce qu'avaient pu croire certains auteurs. Il n'y a pas seulement régression à un stade antérieur, mais aussi création d'un mode de pensée nouveau, pathologique. En effet, si l'enfant normal peut avoir une production imaginative des rêveries luxuriantes, celles-ci n'entraînent aucune confusion avec la réalité, et si parfois l'enfant semble croire à ces phantasmes, on trouve alors que l'idée

donnée comme expression de la réalité possède en elle-même une forte charge affective (négarion de faits déplaisants, affirmation de faits désirés) et cela n'entraînait pas de trouble durable de l'adaptation à la vie sociale.

Dans son expérience de la psychanalyse d'enfants, Mélanie KLEIN s'est trouvée en face du problème soulevé par la schizophrénie infantile, et dès 1920 elle critiquait la nosographie établie qui tend à confondre schizophrénie et démence infantile (démence précocissime), pensant qu'à côté de rares démences précoces, il existe une véritable « psychonévrose » infantile correspondant à la schizophrénie, relativement fréquente et dont le pronostic n'est pas aussi sombre. En effet, si parfois les mauvaises conditions actuelles aggravent jusqu'à un état d'aliénation, ces cas, lorsqu'ils sont traités par analyse, peuvent guérir et souvent en dehors de toute thérapeutique, il s'établit une sorte de compensation du trouble qui ne laisse que des « traits caractériels » particuliers plus ou moins accentués. (Faut-il rapprocher ces derniers cas des schizophrénies fixées de la nosographie classique). Mais depuis 1940 et surtout dans les 5 à 6 dernières années, c'est une foule de travaux qui sont publiés, surtout dans les pays de langue anglaise, sur la schizophrénie infantile. Un amas inextricable où chacun suit son idée et où il est si difficile d'y voir clair que l'on ne sait plus de quoi l'on parle.

Si la schizophrénie de l'adulte s'était étendue à l'extrême du côté des psychoses, des délires chroniques et même des délires aigus sous la forme des schizophrénies aiguës, allant même jusqu'à englober la paranoïa, la schizophrénie infantile a pris son extension aux dépens non des démences de l'enfant, mais des réactions névrotiques, des névroses infantiles. En 1945, Ernest HARMS pose la question du diagnostic entre schizophrénie et hystérie infantile et E. CLARDY (1941 et 1945) celle des attitudes schizophréniques réactionnelles. Ce sujet a été repris en 1951 par BERGMANN, WALLEZ et MARCHAND chez les arriérés. Une mise au point de la question fut faite en 1944 par BRADLEY, mais il y néglige à peu près complètement les travaux des psychanalystes. Il reprend et complète son travail en 1947 par une étude des signes prémonitoires des psychoses chez l'enfant.

Depuis la guerre, en France, les travaux de MM. HEUYER et LEIBOVICI ont cherché à approfondir et à clarifier cette

question. Nous ne faisons que citer tous ces travaux, devant nous y référer fréquemment par la suite. Ce ne sont aux États-Unis que publications, symposium, où chacun, selon sa conception personnelle, parle tantôt de détérioration organique de la schizophrénie, tantôt de psychogénèse, tantôt de guérison par des thérapeutiques les plus diverses, électro-choes, cure de Sakel, psychochirurgie, psychothérapie, psychanalyse. Nous terminerons en signalant comme nous intéressant directement le travail de Mme SÉCHEHAYE et le traitement d'un cas de schizophrénie qui, pour avoir été diagnostiqué à l'adolescence, ne nous semble pas moins avoir débuté dans la première enfance. Nous aurons à reparler de ce cas, dont l'intérêt réside dans une observation très longue et minutieuse et dans l'efficacité de la thérapeutique employée que nous aurons à discuter.

Au terme de cet historique, nous avons vu emmêler dans un inextricable lacs les opinions des différents auteurs. Il semble cependant actuellement se faire une décantation qui permet de séparer deux grands ordres de cas :

— Des cas de démence, parmi lesquels les démences de Heller dont le début a lieu vers l'âge de 3 ans, mais que l'on appellerait peut-être plus utilement, en restant dans une certaine imprécision, démences infantiles. Ce sont d'authentiques démences, probablement le plus souvent séquelles d'encéphalites infectieuses, peut-être parfois dégénératives.

— Des psychoses infantiles que l'on appellera si l'on veut schizophrénies, bien que ce terme prête maintenant à de multiples interprétations. Nous suivrons dans cette façon de voir de nombreux auteurs. MAYER-GROSS, dès 1932 (In BUMKE) distingue les schizophrénies infantiles et les démences organiques sur l'évolution ultérieure des cas. M. KLEIN qui, à côté des démences précoces infantiles, parle de cas de psychoses ou de psychonévroses infantiles dont la description clinique ressemble de très près à ce que nous étiquetons schizophrénie. Nous essaierons de distinguer par ailleurs la schizophrénie de cas de réactions névrotiques d'aspect schizophrénique apparaissant souvent au cours du développement de l'enfant et dont le pronostic est tout à fait différent.

OBSERVATIONS

OBS. 1 (1). — M... Claude, est âgée de 10 ans lorsque sa mère la conduit à la consultation pour un retard du développement intellectuel. Elle avait déjà été soignée dans des consultations de neuro-psychiatrie dès l'âge de 3 ans pour un retard psycho-moteur et des bizarreries du comportement. Revue à l'âge de 7 ans ses parents refusent la mise en observation en milieu hospitalier et ce n'est qu'après le décès de son père que l'enfant a pu être suivie régulièrement.

Dans ses antécédents on ne retrouve aucun fait notable si ce n'est que son père était atteint de paludisme. Claude est fille unique. Sa naissance comme son premier développement furent sensiblement normaux en dehors d'un retard considérable de la parole (elle n'a en pratique jamais parlé normalement) et d'une énurésie nocturne persistant jusqu'à l'âge de 5 ans. Elle n'a jamais eu de convulsions mais son enfance fut émaillée d'épisodes infectieux. Dès les premiers mois elle présente des rhino-pharyngites répétées ; à 18 mois elle eut la varicelle ; à deux ans une paratyphoïde ; à 4 ans la coqueluche. En 1940, âgée de 2 mois, elle subit l'évacuation avec sa mère. Celle-ci ne nourrissant pas l'enfant au sein ne peut lui donner pour toute alimentation que de l'eau sucrée, le lait étant alors introuvable. Claude devient très maigre. Sa mère ne peut préciser à quel âge elle a prononcé ses premiers mots, mais il semble que c'est à la suite de la paratyphoïde que l'enfant a cessé de se développer normalement.

Lors de la consultation qui eut lieu en 1943 elle était très turbulente, indifférente à l'entourage, ne répondant pas aux questions, souvent écholalique. Elle parle spontanément seule mais son langage est incohérent, incompréhensible, rempli de néologismes. Rires et pleurs alternent sans motifs apparents, elle se masturbe ouvertement. Elle présente parfois des accès de terreur devant des objets tout à fait anodins, par contre ne craint pas d'être laissée seule dans le noir et n'a pas peur de l'orage. Très irritable, la moindre contrariété déclenche chez elle des crises de colère. Elle va jusqu'à menacer, injurier et frapper sa mère. Malgré ces troubles déjà marqués du comportement un essai de scolarité est fait à l'âge de 7 ans. L'instituteur après 15 jours d'observation refuse de garder l'enfant et conseille un examen mental. Les parents refusent les indications thérapeutiques données dans le service de neuro-psychiatrie consulté. Depuis cette époque, il n'y eut que peu de modifications de l'état mental de Claude. Elle continuait d'interminables discours incohérents. Elle joue seule remuant sans arrêt, courant d'un bout à l'autre de l'appartement. Elle est devenue de plus en plus indifférente vis à vis de ceux qui l'entourent. Par moment cependant elle

(1) Observation du Service de M. le Professeur HEUYER.

devient anxieuse et s'accroche frénétiquement à sa mère disant « j'ai peur ». Le décès de son père en 1950 a modifié son comportement. L'enfant est devenue plus exigeante ; elle veut coucher dans le lit de sa mère et celle-ci obéit à toute demande de sa fille.

A son entrée dans le service elle semble vivre dans un monde imaginaire où tout, les objets comme les êtres sont animés de sentiments hostiles. Elle parle seule répétant qu'elle a peur sans que ce sentiment s'exprime dans son attitude. Elle remue et court sans arrêts éclatant de rire. Elle a un certain maniérisme mimique et gestuel, elle ne répond aux questions que par des phrases stéréotypées n'ayant aucun rapport avec ce qui lui est demandé. Il est dans ces conditions très difficile de la tester. Le test de BINET-SIMON donne un âge mental de 7 ans avec des résultats très dispersés et l'on note alors l'étendue de son vocabulaire, les réflexions parfois pertinentes très supérieures au niveau indique par le test. Il en est de même pour les résultats du TERMAN, des cubes de KOHS et du PORTÉUS. Les résultats sont en général moins bons dans les tests verbaux, et quel que soit l'examen pratiqué elle répond souvent « Je suis en retard, alors je ne sais pas ». Aucune coopération aux tests. Leur répétition n'a pas apporté d'améliorations des résultats. Le test de la figure complexe montre une dissociation et un déplacement des éléments et la rotation de la figure entière. Cependant les éléments sont perçus dans leur intégrité. Les tests de REY et de LAURETTA BENDER montrent une véritable désintégration de la personnalité.

Tous les examens paracliniques se sont révélés normaux, cependant le tracé électroencéphalographique est asymétrique, il existe quelques ondes lentes survenant par bouffées à droite. L'encéphalographie gazeuse a montré des ventricules un peu dilatés mais le liquide céphalo-rachidien est normal.

Divers traitements ont été essayés : une série de 6 électrochocs s'est révélée aussi inefficace qu'une série de comas insuliniques. La mère de l'enfant l'a reprise après 8 mois de séjour à l'hôpital sans qu'il y ait la moindre modification de son état.

L'enfant a été revue 7 mois plus tard ; son comportement ne s'est pas modifié, elle reste des journées entières sans aucune activité dans la maison, devenant extrêmement agressive et violente lorsqu'elle est dérangée. Elle s'agit sans cesse, tape du pied, regarde ses mains, se lève, s'assoit, parfois se met à courir. Ses mouvements sont stéréotypés. Elle est tout à fait indifférente vis à vis de sa mère, elle tient seule des conversations remplies de néologismes. Elle a un maniérisme et un parasitisme mimique tout à fait comparable à ce que l'on observe chez les adolescents schizophrènes. Elle pose parfois de sa voix monocorde des questions naïves dont elle n'attend même pas la réponse, puis éclate de rire, tire la langue, se lèche les lèvres. Elle reste très sensible aux commentaires et aux critiques que l'on peut lui faire, car elle pousse alors des hurlements incoercibles.

Le diagnostic de schizophrénie infantile semble pouvoir être porté dans ce cas, tant devant l'aspect clinique que devant l'évolution.

Obs. 2. — A... Monique est âgée de 8 ans lorsqu'elle est admise dans le service pour des troubles du comportement apparus à la suite d'un épisode infectieux ayant nécessité son hospitalisation quelques mois auparavant.

Monique est fille unique ; ses parents sont bien portants et l'on ne retrouve aucune anomalie psychique dans sa famille, cependant sa mère est très émotive. Après une grossesse pénible ayant nécessité repos et régime, Monique est née à terme. L'accouchement fut long et l'on dut réanimer l'enfant. Son premier développement fut un peu tardif elle n'a marché qu'à 19 mois, fait ses premières phrases à 2 ans. Rien d'anormal ne fut remarqué jusqu'à l'âge de 6 ans. Elle devient alors remuante, instable, change sans arrêt d'activité. A l'école où elle va depuis quelques mois elle se montre relativement calme, mais n'aime pas jouer avec ses camarades, a peur des garçons et se sauve en pleurant dès qu'ils veulent l'aborder ou jouer avec elle. Très progressivement elle se montre plus instable, irritable, anxieuse. Elle a des terreurs brusques, inexplicables : « Il y a du sang, maman », dit-elle en se précipitant vers sa mère. Malgré ses bizarreries, son instabilité, son isolement, elle fait des progrès scolaires satisfaisants jusqu'à ce que, quelques mois avant son admission, elle présente un épisode pour lequel on évoque le diagnostic de méningite tuberculeuse. Elle a mal à la tête, semble obnubilée, pleure, soliloque. Son instabilité s'aggrave, ses mouvements, son agitation font penser à une chorée. Sa mère refuse la P.L., l'examen clinique est négatif, et tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

De retour chez elle, les troubles du comportement vont en s'aggravant. Turbulente, agitée d'une activité incessante, elle va, vient, déchire des livres, soliloque, se met à pleurer, grimace en se regardant dans la glace. Sa mère se plaint de ce qu'elle ne s'intéresse plus à rien de ce qui l'occupait auparavant, ne lit plus et travaille moins encore. Tout à fait indifférente, elle n'extériorise plus aucun sentiment vis à vis de ses parents. Retournant à l'école, elle n'y fait plus attention à rien et semble avoir oublié ce qu'elle avait acquis. Elle passe des heures à rêver en monologuant, se tenant des discours interminables ou parfois répète sans arrêt la même phrase : « je veux une image » de façon stéréotypée. Bientôt elle se crée un langage particulier fait de néologismes. La nuit elle dort de moins en moins bien, s'agite, a des terreurs brusques. Son alimentation qui avait toujours été difficile devient plutôt trop aisée car elle mange en grande quantité n'importe quoi, véritable boulimie.

C'est à ce moment qu'elle est observée dans le service du P^r HEUYER. Son état ne se modifie pas, il est très difficile de l'examiner car elle est très opposante, ne répond à aucune question, sans cesse agitée d'une activité stéréotypée ou cachée sous ses draps dans son lit. Indifférente à ce qui l'entoure elle parle seule l'air lointain, plongée dans une rêverie dont on ne peut la faire sortir, impénétrable.

L'examen somatique est normal en dehors de son agitation et de mouvements pseudo-choréiques. Fond d'œil et électro-encéphalogramme sont normaux.

Il est impossible d'établir un contact avec elle. Toujours on a l'impression de l'ennuyer par les questions ou par les jeux qui sont proposés. Les tests sont dans ces conditions d'appréciation délicate. Au BINET-SIMON elle refuse de répondre, au RORSCHACH elle ne donne que des réponses rapides, impatientes, sans aucun lien avec la planche présentée qu'elle ne regarde même pas. Le « Gestalt visual test » montre une déformation du carré, les points deviennent des tourbillons, brusques rotations, retour à la verticale et persévération.

Au cours de son séjour il a été possible d'avoir quelques conversations avec elle. Ces moments favorables quoique rares permettaient de mettre en évidence des capacités intellectuelles sensiblement normales si l'on en juge par le niveau de ses réponses et de ses réflexions. En dehors de ces éclairs elle reste enfermée dans une activité autistique dans des jeux mystérieux au cours desquels elle marche, court, envoie des coups de pied dans le mur, les meubles, dans le vide.

Plusieurs traitements sont successivement institués sans modification de son état. Les électro-choes ne modifient ni son agitation ni son humeur, la pyrétothérapie par injection d'huile soufrée n'a aucune action.

Le diagnostic de schizophrénie infantile semble devoir être porté devant : la perte du contact avec le réel, le maniérisme mimique, les grimaces, sourires immotivés, pleurs, l'agitation stéréotypée et l'activité autistique incessante, le négativisme, la diminution progressive des intérêts, l'indifférence affective, les bizarreries du comportement. Malheureusement une maladie infectieuse intercurrente a nécessité son transfert dans un service spécialisé, et ses parents n'ont pas ramené leur fille dans le service.

Obs. 3. — A... Jean est âgé de 8 ans lorsqu'il est admis à l'hôpital pour une instabilité, des troubles du caractère à type de colères violentes et fugues.

Dans ses antécédents il faut noter que son père est un épileptique qui, soigné par psychothérapie pour un délire de persécution, guérit par la prise quotidienne de gardénal. Un grand-père maternel s'est suicidé. Naissance et tout premier développement furent sensiblement normaux, mais il n'a dit ses premières phrases qu'à 5 ans. Il a été propre à deux ans et demi. Facile à alimenter, presque boulimique il est en bon état physique lorsqu'à 5 ans il paraît un peu anormal à ses parents. En effet, il présente des crises de colère violente et des rires immotivés. A six ans il a une coqueluche suivie de primo-infection qui retardent le début de sa scolarité et ce n'est que vers 7 ans que ses parents l'envoient à l'école. Il n'y reste pas très longtemps car au bout de quelques mois il se fait renvoyer en raison de son comportement, de son retard, de son manque complet de travail. Il se masturbe ouvertement et devant les menaces de sa mère devient très anxieux. Progressivement les troubles s'aggravent, il devient grossier, insulte ses parents, les menace, puis vient anxieusement leur demander pardon. Il se blesse lui-même volontairement avec des ciseaux, monologue sans arrêt, c'est alors qu'il entre dans le service. Il s'y montre surtout anxieux. Il reste très isolé parlant seul ou rêvant pendant des heures. On n'a aucune difficulté à l'examiner bien qu'il soit assez instable et l'on a un assez bon contact, cependant il semble parfois étrange, a des rires immotivés. L'aggravation progressive de ces troubles évoque le diagnostic de schizophrénie mais il est encore trop tôt pour l'affirmer malgré l'inefficacité totale du traitement par le gardénal. Ce traitement avait été institué en raison de ses antécédents et d'un tracé électroencéphalographique perturbé avec des bouffées d'ondes lentes. Tous les autres examens pratiqués se sont montrés normaux, son niveau mental est à 7 ans 4 mois pour un âge réel de 8 ans.

Obs. 4. — B... Monique est âgée de 8 ans lorsque ses parents la font admettre à l'hôpital pour des bizarreries du comportement et surtout un mutisme.

Son père est un débile mental chômeur professionnel ; sa mère est normale. Monique est la deuxième fille d'une famille de 6 enfants. Ses frères et sœurs sont tout à fait normaux. Après une grossesse normale, l'accouchement fut long et pénible et l'enfant dû être réanimée à sa naissance. Son premier développement se fit en retard : marche à 18 mois, a prononcé ses premiers mots à 1 an et n'a fait des phrases que très tard. Enurésie persistant jusqu'à 6 ans. Dans sa deuxième année broncho-pneumonie et convulsions. A 3 ans l'enfant subit les conséquences de la guerre et de l'évacuation et se trouve prise dans des bombardements. Réfugiée avec ses parents chez une tante qui se montre très hostile à l'enfant elle devient solitaire, opposante avec toute personne autre que ses parents, refuse de manger en présence d'étrangers. Puis de retour chez ses parents, même avec eux, elle ne parle presque plus. Dès que des étrangers viennent les voir, elle s'éloigne et se montre violemment hostile à leurs avances, cependant cette opposition peut être vaincue avec patience et douceur, et elle se montre alors détendue et affectueuse, donnant surtout l'impression d'être timide.

A l'âge de 7 ans, elle va en classe et l'on ne se plaint pas de son travail, mais elle est de plus en plus solitaire, ne parle jamais et ne joue pas avec ses camarades. Le tableau serait celui d'une fillette extrêmement timide si progressivement son attitude ne s'aggravait et à 3 ans elle est hospitalisée pour un mutisme complet.

A son arrivée dans le service, elle se montre très « autiste », joue sans arrêt avec ses mains, ses doigts. Opposante, il est difficile de l'examiner et de pratiquer des tests. Mutisme complet, semble ne prêter aucune attention à ce qui se passe autour d'elle. Mimique inadaptée, immotivée, lorsqu'elle se trouve seule avec des camarades plus jeunes, elle semble s'éveiller et échange quelques paroles avec elles. Après un examen médical elle s'accroche au médecin et ne veut plus le laisser partir. Par moment très suggestible elle effectue passivement tout ce qui lui est demandé. Une psychothérapie est entreprise et l'enfant est reprise par ses parents au bout de quelques mois.

Son état reste inchangé pendant son séjour. Les examens cliniques et paracliniques effectués systématiquement n'ont rien montré d'anormal.

Monique a pu reprendre ses études, elle reste solitaire, timide, n'a pas de camarades, mais elle est bien adaptée. Il semble qu'il s'agisse ici d'un mutisme avec opposition chez une petite fille extrêmement timide. Si le tableau présenté a évoqué le diagnostic de schizophrénie, il n'est pas possible de l'affirmer actuellement. La possibilité d'établir un contact affectif, l'absence de discordance, le rendement scolaire conservé sont de bon pronostic.

Obs. 5. — F... Roger entre à l'hôpital pour des troubles du comportement et un mutisme à l'âge de 7 ans et demi. Dans ses antécédents il faut noter que son père est un homme très méticuleux, anxieux, rigide, resté énurétique jusqu'à l'âge de 14 ans.

Après une naissance assez difficile (présentation du siège, réanimation), il ne s'est développé que lentement. Il tétait très mal, n'a marché qu'à 2 ans, dit ses premiers mots à 2 ans et demi et n'a jamais fait de

phrases. Propre à 6 ans seulement, il n'a présenté que les maladies infectieuses banales chez l'enfant sans complications. Placé en nourrice à 2 ans il subit un grave traumatisme affectif. Couché dans le lit de sa nourrice, celle-ci meurt brusquement et il reste seul à côté du corps pendant toute la nuit. On a peu de renseignements sur ses réactions immédiates mais il devient ensuite peureux : peur de rester seul, peur de la nuit, de l'obscurité. Repris par ses parents, ceux-ci remarquent en plus d'une régression du langage acquis précédemment qu'il est devenu instable remuant sans cesse, et très anxieux.

A 5 ans, il présente une olite et devant les symptômes observés le médecin traitant évoque le diagnostic de méningite. Mais le L.C.R. est normal. L'enfant prend alors une attitude bizarre, reste des heures inactif en tortillant ses cheveux autour de ses doigts et les arrachant, geste stéréotypé qui persiste toujours. Écholalique, il ne répond plus aux questions, ne parle presque jamais spontanément. Indifférent à son entourage il ne s'intéresse plus à rien, ne se donnant même plus la peine de manger si ses parents ne sont pas derrière lui pour l'y obliger. On l'envoie à l'école, mais s'il ne s'y déplaît pas, il y reste en dehors des groupes, n'a pas d'amis, ne parle pas. Ce mutisme est complet, dès qu'il est sorti de chez lui. A son entrée à l'hôpital il ne se montre pas hostile mais craintif, se protège de ses bras lorsque l'on s'approche de lui. Il ne s'intéresse à rien, ne s'habille pas seul et ne mange que par la contrainte. Il reste assis dans son lit, se balançant d'avant en arrière, élève les mains vers la tête, les baisse, se tire les cheveux, le regard vague, un sourire figé sur les lèvres, il se barbouille parfois avec ses matières et ses urines. Toute son activité se résume à cela.

L'examen physique montre : — une polymicroadénopathie ; — quelques stigmates de dégénérescence : axyphoïdie, fossette coccygienne, mauvaise implantation dentaire. Tous les examens pratiqués sont normaux : B.W., E.E.G., L.C.R., etc... Aux épreuves psychométriques il a un N.M. de 7 ans pour un âge réel de 7 ans et demi. Il accepte de dessiner et le fait avec plaisir exteriorisant par ce moyen une anxiété profonde et une agressivité orale intense.

Son état reste inchangé pendant son séjour et il sort non modifié bien qu'au cours de l'observation il ait présenté de courtes périodes d'amélioration bientôt suivies de recrudescence des troubles.

Résumé. — Il s'agit d'un enfant intelligent qui à la suite d'un choc émotionnel violent a présenté des troubles du comportement à type de bizarreries, anxiété, mutisme. Perte de contact affectif, indifférence, activité autistique stéréotypée qui évoque la S.I. L'évolution progressive se fait vers une aggravation avec un pronostic sombre, même avec les thérapeutiques actuelles il semble peu susceptible d'amélioration.

Obs. 6. — P... André est âgé de 9 ans 6 mois, lorsqu'il est hospitalisé pour : des troubles du comportement ; des rires brusques et immotivés ; une opposition tétue à sa famille ; des signes de la série perverse : bat des enfants plus jeunes et sans défense, tente de tuer sa petite sœur.

En classe où on a essayé de l'envoyer il y a 2 ans il n'est pas resté plus de 15 jours, on l'a renvoyé pour « instabilité », placé dans un centre spécialisé il n'a pu être gardé. Son père est un tuberculeux pulmonaire, mais on ne relève aucun antécédent psychopathique. 1 frère

et une sœur sont normaux. André s'est développé normalement. Il reste cependant énurétique jusqu'à maintenant. A six ans il a présenté un épisode de mutisme qui a duré 3 mois et pour lequel il fut hospitalisé dans un service psychiatrique.

A son entrée, semble tout à fait indifférent à ce qui l'entoure, perdu dans ses rêveries interminables. Sa mimique est le plus souvent impassible, parfois agitée d'un parasitisme discret. Il est presque impossible d'attirer son attention, et encore plus d'avoir un contact réel avec lui. Il parle, en regardant dans le vague, d'une voix monocorde et inexpressive. Discordances, bizarreries du comportement : urine au milieu de la salle, remue sans arrêt, son activité est faite de gestes et de mouvements stéréotypés qu'il effectue en monologuant de sa voix traînante et atone. Il ne joue jamais avec ses camarades mais remue sans arrêt.

L'examen physique ne révèle aucune anomalie. L'examen psychologique se résume à l'observation de son comportement et à tenter de le faire dessiner. Les tests de niveau sont impraticables, car à toute question, même s'il commence une réponse correcte il repart rapidement dans son monologue incohérent. A la question posée sur la différence qui existe entre une mouche et un papillon, il répond : « Un papillon c'est un insecte », puis il se met à dessiner en disant : « Tu vois, le papillon, il a 5 oreilles, ça c'est des dents mouchérons, ça a des dents pointues ; ça mange les mouches, des grosses fourmies volantes, tu le connais bien, ce papillon, ça c'est des crochets pour pendre au mur. Une mouche c'est gentil, c'est pas méchant ». Puis il change de sujet et déclare : « On va dessiner un homme des bois », « ça, c'est des petites fleurs sur son slip, il est pieds nus, il n'a pas de sandalettes, il faut faire ça pour que ça fasse plus chat, et puis une poitrine, il a une tête carrée, c'est un homme qui a beaucoup de cheveux, il tue un lion avec un poignard... », etc... Son attitude ne varie guère dans le service. Il s'alimente sans difficultés, et il dort bien.

Son E.E.G. montre un tracé altéré par des ondes lentes, sans signification comitiale nette. La richesse de son vocabulaire, ses devoirs, ses réponses parfois suffisantes permettent d'établir son niveau intellectuel autour de 7 ans. Si cette interprétation reste sujet à caution, il est probablement en réalité légèrement en retard.

Le diagnostic semble pouvoir être affirmé bien qu'il ne soit pas négativiste. Il semble avoir perdu toute possibilité de contact avec le monde extérieur et présente une activité autistique intense... On n'a retrouvé ni éléments hallucinatoires ni syndrome d'influence.

L'absence d'opposition sténique que représente le négativisme semble plus fréquente dans le cas de démence organique que dans le schizophrénie infantile. Quoiqu'il en soit le pronostic reste très sombre, aucune thérapeutique n'ayant pu modifier son état.

OBS. 7. — S... Daniel est entré pour des bizarreries du comportement qui depuis 6 mois inquiètent ses parents. Daniel a 5 ans lorsqu'il se met à pousser de temps à autre (2 à 3 fois par jour) un cri aigu strident. Le cri se répète de plus en plus fréquemment, toutes les cinq minutes et il déclare « suis méchant parce que je crie ». Trois mois plus tard, les cris s'espacent puis disparaissent, mais il se met à tirer la langue et lorsqu'il est admis dans le service il s'exclame 10 à 12

fois par jour « méchant, méchant » en crispant les poings et en rougissant. Sa mère n'a pas remarqué de modifications de son affectivité, mais elle est certainement oligophrène. Dans ses antécédents nous relevons que sa mère a subi un traitement par électro-chocs à la suite de l'accouchement de Daniel. Deux autres enfants plus âgées sont normales. L'intéressé a été en retard dans son développement psychomoteur. Il n'a pas eu de convulsions. C'est vers l'âge de 2 ans que son caractère s'est modifié : il est devenu très remuant, criant et pleurant beaucoup, dormant bien, mais ayant souvent des crises de terreurs nocturnes. Dans le service il se montre assez calme, crie peu mais reste « bizarre ». Toujours isolé, il reste interminablement assis ou debout en contemplant ses mains l'air distrait, ses mouvements sont lents. Son faciès est agité d'un véritable parasitisme mimique, il grimace sans arrêt, éclate de rire brusquement. Sa parole est lente, monotone, son langage est entrecoupé de barrages et ses idées sont bizarres. Il demande à la surveillante d'« écrire sur son derrière ». Ferme brusquement les yeux et déclare que c'est « à cause des lumières, les grosses lumières ». Il dit entendre « Lili Coco », ce sont elles (?) qui lui parlent, mais de très loin, c'est à elles qu'il sourit. Son monologue est très stéréotypé, il ne parle que des rues de son quartier qu'il énumère ; la présence ou l'absence des médecins ne modifie pas cette attitude. Il s'arrête parfois pour pousser un cri aigu.

L'examen physique est tout à fait normal, mais il est impossible de pratiquer les tests auxquels il ne coopère absolument pas. Son état reste inchangé pendant un long séjour.

La perte totale du contact, l'indifférence, le désintéressement, les bizarreries permettent de poser le diagnostic de schizophrénie, le syndrome hallucinatoire vient confirmer ce diagnostic. La longue évolution sans rémissions appréciables rend le pronostic assez sombre.

Obs. 8. — A... Jean-Marie, est âgé de 7 ans lorsqu'il entre dans le service du P^r Heuyer en novembre 1951, pour des troubles du comportement qui paraissent bizarres, incompréhensibles à sa mère.

Antécédents héréditaires extrêmement chargés : Son père est un intellectuel sortant d'une grande école, dont le caractère semble rigide, très dur et quelque peu anormal. Il conte ses aventures galantes à sa femme. Le grand-père le décrit comme « doux, tendre, faible, influençable et inhibé par sa femme ». Il aurait tendance à répéter certaines phrases stéréotypées empruntées au répertoire de son école.

Son grand-père, parlant de lui-même, écrit : « Je suis le descendant de dix-sept générations usant leur cerveau » et plus loin, après avoir célébré l'équilibre de son propre père : « Je n'ai pas hérité de l'équilibre paternel ». Très cultivé, écrit des articles en quatre langues. Introverti. Egocentrique. Une de ses sœurs est décédée en clinique psychiatrique où elle était soignée depuis deux ans pour un état maniaco-dépressif imprécisé. La grand-mère du sujet a subi plusieurs internements avant son décès à l'âge de 30 ans.

Sa mère, d'origine plus modeste, est assez bizarre. Intelligente, mais déséquilibrée. Elle profite un jour de ce qu'il n'y avait pas d'infirmière à proximité pour mettre à son fils du rouge à lèvres et de la poudre.

Jean-Marie est fils unique, né 11 ans après le mariage de ses parents. La grossesse fut assez pénible, s'accompagnant du 2^e mois jusqu'à

l'accouchement, de vomissements incoercibles et d'une salivation abondante. La naissance fut sans histoire, mais la mère ne nourrit pas son fils et le tout premier développement fut difficile. L'enfant mit un mois pour reprendre le poids de sa naissance. L'on ne note ensuite, jusqu'à un an et demi, qu'un léger retard du développement, sourire à six semaines, est propre et marche à 18 mois. Il n'a prononcé ses premiers mots qu'à 2 ans et demi. C'est à 18 mois que l'enfant est mis en nourrice; peu après, il présente un épisode fébrile non précisé (peut-être primo-infection) et change de comportement. Il ne joue plus, ne pleure plus. Il est alors traité par une série de 10 injections de Sukfar qui auraient eu une action eutrophique remarquable.

A deux ans et demi, il est hospitalisé pour un virage de cuti-réaction (?). A cet âge, son alimentation était toujours liquide, l'enfant refusant tout aliment solide. Il en fut ainsi jusqu'à l'âge de 5 ans et demi et Jean-Marie était alors en très mauvais état physique.

Vers l'âge de 3 ans, il a peur des chiens et se met à hurler à leur vue. Cette peur est consécutive à un incident : son père s'était mis en colère contre un chien qui urinait sur la porte du jardin. A cette même époque Jean-Marie refuse définitivement de toucher à certain jouets à la suite d'une réprimande de son père. Son comportement était déjà assez curieux. Il demande à toute personne qu'il rencontre de l'embrasser. Il serre convulsivement sa mère dans ses bras, il est très anxieux. Ses parents ne s'en inquiètent cependant pas assez pour l'adresser à une consultation de psychiatrie infantile. A l'âge de 6 ans, son père s'étant séparé de sa mère, Jean-Marie devient de plus en plus étrange : rit sans motifs d'un rire impulsif, saccadé, répète des phrases stéréotypées sur un ton monotone, phrases apparemment dépourvues de sens, incohérentes. Par moment, il pousse des cris aigus ou se met à pleurer et souvent déjà inattentif, il semble poursuivre un rêve. Il est indifférent aux contacts sociaux, s'il joue parfois avec des enfants beaucoup plus jeunes ou débiles mentaux, il refuse la société d'enfants de son âge. Par contre, il s'intéresse beaucoup à la musique et ses parents notent sa mémoire extraordinaire des mélodies.

Dans le courant de la sixième année, son anxiété fait place à une indifférence totale. Son comportement inquiète sérieusement sa mère et elle n'ose, dit-elle, plus sortir avec lui tant il est étrange et attire l'attention. Au marché, il s'empare de tout ce qu'il peut attraper et le mange. Il se précipite sur les femmes pour relever leurs jupes et passe avec sa mère par des alternatives de tendresse affectée, maniérée, outrancière et d'agressivité « dévorante ». Lors d'un voyage à Lourdes, il scandalisa sa famille par sa grossièreté, énonçant de sa voix monotone et sans timbre des phrases telles que celle-ci (adressée à une serveuse) : « Tu aimes belle poitrine et beau c... ». Il répète à satiété des phrases stéréotypées : « Pourquoi m'embrasses-tu quand tu te mets ton soutien-gorge ? ».

A son entrée dans le service, on a d'emblée l'impression qu'il s'agit d'un enfant intelligent. Son faciès est fin et éveillé, ses réponses sont d'abord adaptées, il utilise un vocabulaire riche. Mais rapidement, il s'enferme dans des rêveries dont il est difficile de le faire sortir. Il répond n'importe quoi aux questions, utilisant pour ce faire, quelques phrases inlassablement répétées sur un ton monocorde et inexpressif, tandis qu'il fait des gestes maniérés de ses mains. Il est très opposant à l'examen physique se réfugiant sous ses draps. C'est un enfant norma-

lement développé, cependant assez pâle et maigre. Sa cuti-réaction est positive ; il est souvent subfébrile mais on ne trouve pas de lésion bacillaire actuellement en évolution.

Le tableau clinique est bientôt celui d'une démence précoce hébéphrénocatatonique telle qu'elle est décrite chez l'adulte. Le faciès est pâle, tantôt immobile, presque figé, inexpressif, tantôt animé d'un parasitisme mimique, petits sourires ironiques, front plissé, clin d'œil, secousses des commissures labiales. Ses mouvements sont maniérés, ses gestes précieux. L'interrogatoire se heurte à des réponses absurdes ou à des phrases stéréotypées qu'il oppose à tout examinateur : « Je ne suis pas de bonne humeur aujourd'hui, je suis jamais de bonne humeur », dit-il en souriant. Seul, il reste immobile, le regard perdu dans le vague, versant parfois quelques larmes ou poussant des cris aigus. Il est difficile de l'alimenter, l'infirmière doit le faire manger sans quoi il saisit la nourriture avec ses doigts, en renverse la majeure partie. Il est difficile d'affirmer les troubles du cours de la pensée, l'idéation semble très réduite. L'on ne peut parler non plus d'hallucinations ou d'idées d'influence, mais il est certainement « discordant ».

L'état reste inchangé depuis 2 ans. Aucun traitement n'a apporté de modification durable. Une psychothérapie se prolonge depuis plus de un an sans résultat très net.

Le tableau clinique et la lente évolution avec quelques rémissions très passagères, nous permettent de porter le diagnostic de schizophrénie infantile ainsi que l'aspect de pseudo-démence : contraste entre des réponses et un comportement intelligent, adapté et l'aspect le plus fréquent d'une détérioration intellectuelle et affective profonde.

Aucun intérêt pour tout ce qui l'entoure. Aucune coopération aux tentatives de tests.

L'E.E.G. est normal. Les images des encéphalographies gazeuses normales.

Obs. 9. — B... Gilbert est âgé de 7 ans lorsqu'il est admis pour des troubles du comportement : Cris, agitation, terreurs nocturnes. Réanimé à la naissance, il a eu un retard du développement psychomoteur et dès l'âge de 2 ans un traitement par le gardénal avait été institué en raison de son agitation. Dès son plus jeune âge, il ne montra aucune affectivité, aucun intérêt. Il reste solitaire, crie, déchire avec violence. Mais ce n'est que depuis 1 an que son état s'est aggravé progressivement.

Dans le service il se montre constamment agité d'une activité bizarre, incohérente, avec logorrhée intarissable débilée sur un ton monocorde, propos décousus. Casse et déchire tout ce qu'il peut attraper. Il n'a aucune activité ordonnée, ne s'intéresse à rien.

L'examen somatique est tout à fait normal. En présence de ce tableau d'agitation avec logorrhée on évoque le diagnostic d'excitation hypomaniaque. L'E.E.G. est normal ainsi que tous les examens para-cliniques. Son niveau mental est sensiblement normal.

Un traitement par l'huile souffrée, puis par l'électrochoc n'apporte qu'un calme très passager et son état redevient identique peu après.

Il donne une curieuse impression d'inadaptation à la réalité. Son activité incessante n'est qu'une agitation incoercible. Devant ce tableau persistant on évoque le diagnostic de schizophrénie infantile sans pour-

tant l'affirmer car on ne trouve ni discordance ni parasitisme mimique, ni maniérisme, ni troubles du cours de la pensée. Dans ce cas on peut penser qu'il s'agit d'une extrême instabilité. L'inaffectivité, l'apragmatisme, l'activité incohérente et destructrice sont cependant de mauvais pronostic. Il semble que l'on ne puisse devant ce tableau que parler d'un état d'excitation psychomotrice chronique. Seule l'évolution tranchera le problème diagnostic.

Obs. 10. — A... Alfred vient consulter pour des troubles du comportement à l'âge de 6 ans.

Enfant unique, de parents normaux, bien que sa mère ait peut-être fait un accès dépressif à l'âge de 20 ans. Son premier développement aurait été normal avec cependant des convulsions dans sa première année. Dès son enfance, il s'est montré peu sociable, isolé. A deux ans et demi, il est difficile à alimenter, opposant, capricieux mais éveillé, curieux, observateur, affectueux. A 5 ans apparaissent des troubles du caractère à type d'opposition et d'insociabilité. Vers l'âge de 6 ans, il devient hostile, irritable, a des tics (haussements d'épaule, clignement des yeux et se met à bégayer). Très émotif et timide, il refuse tout contact avec d'autres que ses parents. Il se met bientôt à parler seul, se regarde devant une glace en chantonnant et n'a qu'une activité gestuelle stéréotypée.

A son entrée : opposant à l'examen, remuant. Cette opposition n'est cependant pas constante, ce qui permet de montrer que son niveau mental est normal aux tests de Binet-Simon. Il reste énéurétique. Son attitude négativiste, ses stéréotypies, la catalepsie, évoquent le diagnostic de schizophrénie infantile. On note alors sur l'observation : mutisme alternant avec une echolalie, anxiété, rires immotivés, grimaces, indifférence totale, aucun contact, bizarreries. L'encéphalographie gazeuse n'a rien montré d'anormal mais a apporté une amélioration notable de son état mental. Il parle plus facilement, ses activités sont mieux adaptées mais élémentaires. Très anxieux, peut-être halluciné (?). Il ne fait qu'un bref séjour à l'hôpital et ne revient qu'en 1951 pour refus d'aliment et opposition. Le tableau clinique est toujours le même. On institue alors un traitement par électro-chocs puis par psychothérapie. Après les chocs, il est détendu, réponds aux questions mais s'il va volontiers aux séances de psychothérapie, il n'y dessine que des tourbillons multicolores, et il ne semble pas qu'il puisse s'établir un contact réel avec les thérapeutes.

Une cure de Sakel est simultanément faite et elle apporte une amélioration rapide mais on arrête le traitement en raison de complications pulmonaires.

Son état s'aggrave, il fait une tentative de strangulation. Traité par pyréthothérapie à l'huile souffrée il est un peu amélioré. L'on note cependant sur l'observation : troubles du cours de la pensée, barrages, mutisme intermittent, discordances, grimaces, rires, bizarreries, élans affectif sur fond d'indifférence, négativisme, echolalie, maniérisme, puérilisme, gâtisme. Il présente un tableau de dissociation profonde.

Revu récemment : il parle facilement, mais sur un ton monocorde. Il reste discordant et semble halluciné. Terreurs nocturnes.

Résumé. — Enfant de 7 ans qui dès sa première enfance s'est montré timide, anxieux, isolé. Vers l'âge de 5 ans, il semble s'isoler de plus en

plus du réel, devient négativiste et bientôt catatonique. Un syndrome hallucinatoire est ébauché, mais reste au second plan.

OBS. 11. — C... Roger. Est entré dans le service à l'âge de 15 ans, en octobre 1949. Il venait d'un hôpital psychiatrique où il avait été placé sous le diagnostic de « Délire hallucinatoire ».

Il est le deuxième d'une famille de 7 enfants, son père a été interné pendant plusieurs années dans un hôpital psychiatrique. Sa mère est décédée dans une maison de santé, après avoir, elle aussi, été internée pendant 9 ans. On n'a que peu de renseignements sur le premier développement de l'enfant qui semble avoir été normal, mais depuis l'âge de 9 ans il a été de placement en placement. Rien de notable n'y a été remarqué, en dehors cependant de son caractère assez violent et coléreux. Peut-être assez instable. On n'a aucune indication sur le mode de début des troubles et ce n'est donc qu'à l'âge de 13 ans qu'il a pu être observé. Lors de son premier placement il entendait une voix menaçante : « Salaud, tu vas mourir », et le médecin note qu'il donnait l'impression de « jouer au fou », il est menaçant, se mettant parfois à pleurer.

A son entrée dans le service il s'enfuit lorsqu'on tente de l'examiner, reste debout, les poings serrés. Il a toute une mimique gestuelle complexe et incompréhensible : geste de dénégation, se frotte la partie antérieure des cuisses, les cheveux, marche avec précautions en regardant le sol, puis regarde la fenêtre, le plafond. Son visage reste le plus souvent impassible. Il refuse de répondre à toute question, puis brusquement émet quelques paroles sur un ton rageur. Refuse tout contact physique, et s'essuie les parties du corps qui ont été touchées au cours de l'examen.

— C'est un enfant hypotrophique, qui présente quelques stigmates de dégénérescence : axyphoïdie et fossette coccygienne. Hypertrichose importante. Tendance à la conservation des altitudes. Trois semaines plus tard, il est possible de l'interroger et l'on retrouve des idées d'influence très nettes et une ébauche d'automatisme mental : on prend sa pensée — on le fait agir, remuer. On devine tout. Il semble vivre dans un monde magique où les gestes et les mots ont une puissance, tout y est étrange, déguisé. Il se regarde interminablement dans un miroir.

Idees délirantes à thème de puissance politique, floues, absurdes, décousues : un médecin est transformé en parlement et lui-même en police. Il n'y a ni barrages ni néologismes. Très anxieux, et indifférent vis à vis de sa famille, il ne se fixe pas, ne s'intéresse à rien.

Quelques semaines plus tard, il devient très agité, remue sans arrêt, grimpe partout, semble avoir des hallucinations auditives et visuelles, se bat avec des « Américains », casse des carreaux, hurlements, menaces. Devant ce tableau un traitement de Sakel est commencé. Quelques jours plus tard il nie tous ses troubles antérieurs, se montre surtout opposant, ironique mais calme.

L'encéphalographie gazeuse ne montre pas d'anomalie précise, en dehors d'une silhouette ventriculaire gauche un peu grande.

Le traitement insulinique n'apporte que peu de modification de son état. Il reste toujours très anxieux : tentatives répétées de défenestration, au cours de son agitation qui n'est calmée que par les injections

de barbituriques. Il devient gateux, semble confus, mais moins halluciné. Puis, l'état confusionnel disparaît et il redevient surtout opposant : refus d'alimentation.

Il a parfois des périodes d'amélioration, où le contact redevient possible. Il se présente alors comme hypomane, puis reprend son attitude hostile où se remet à délirer. L'état reste ainsi variable d'une semaine à l'autre jusqu'à ce que l'on pratique une topectomie. Après l'intervention, il semble plus calme, mais n'est pas guéri et doit être placé dans un service psychiatrique. Il en est ensuite sorti et revenu un an après il se montre extrêmement réticent, opposant, méfiant. On essaye cependant une orientation professionnelle. Son comportement est à peu près normal et il est calme, très timide. Nous l'avons ensuite perdu de vue. Il s'agit donc d'un cas de schizophrénie pré-pubertaire typique avec syndrome d'influence au premier plan. L'examen somatique n'a jamais rien montré d'anormal.

Les tests psychométriques donnaient un niveau assez bas (niveau mental 6 ans pour 13 ans), mais très dispersés et il est difficile d'en tirer une indication valable sur son niveau réel. L.E.E.G. était très perturbé, typique de comitialité, sans que l'on ait pu en observer de signes cliniques.

OBS. 12. (D'après Lutz, 1937). — Hilda, née en 1924. Hérédité : aucune psychose. Père intelligent et brutal. Mère légèrement débile. Trois frères et sœurs normaux, le quatrième né après Hilda est mongoloïde.

Le premier développement de l'enfant fut normal, mais elle s'est montrée « sauvage et difficile à élever dès l'enfance, toujours en dispute avec ses frères et sœurs, elle n'a jamais eu de camarade. Incorrigiblement gourmande. Grosses difficultés lorsqu'il fallut envoyer l'enfant à l'école, elle s'en échappe presque une fois par semaine sans raison. Impossibilité de concentrer son attention ; elle est pour cela, retirée de l'école et envoyée en pension. Là aussi, elle fait des fugues fréquentes. Absolument aucune adaptation. Elle décrit des déformations corporelles fantastiques.

En 1934, au Stephansburg, sans contact, vit complètement renfermée sur elle-même. Elle est pour elle-même très active, bruyante et hardie, sans respect envers les grandes personnes. Va avec elles en promenade, mais marche toujours à l'écart. Comportement imprévisible, commence un jeu, s'éloigne soudain rapidement ou joue un tour imprévisible et stupide aux autres enfants. Très malpropre. A l'examen, négativisme. Elle répond toujours à côté des questions posées. Facultés intellectuelles normales au Binet-Terman malgré le quotient de 87, les fonctions essentielles ne sont pas troublées à part la mémoire. Ce trouble n'est d'ailleurs pas certain, la malade mélange les histoires exactement comme il lui convient. Dans le test d'association, d'après Jung, elle a beaucoup d'associations de sons primitives caractéristiques d'une bonne intelligence. Elle refuse un matin de boire du lait, disant qu'elle est issue d'une femme et non d'une vache et le sait bien. Montre des troubles affectifs. Un jour, comme on avait dû la réprimander, elle éclata en sanglots, puis opposa un visage serein et compta à voix basse pour elle, 2, 4, 6, 8, 10, etc...

Elle fait des fugues de l'établissement mais revient toujours d'elle-même riante, insouciant. Rien ne permet de penser à l'épilepsie. Elle

lit rapidement mais sans rien comprendre ; il lui est égal de relire toujours le même livre. L'influence de la sexualité est marquée, se traduisant par de l'exhibitionnisme. Langage normal. Très forte sensibilité du système nerveux sans cependant aucune manifestation apparente. Se laisse arracher, le visage rayonnant et sans aucune anesthésie, 3 dents par le dentiste ; par contre, souffre des interventions bénignes, comme d'une prise de sang.

Revue en 1937, après sa sortie de l'asile d'enfants du Stéphansburg, passe d'abord une année chez ses parents. Comportement inchangé. Depuis l'automne 1935, est confiée à une institution à la campagne. Le directeur du home rapporte que tout va bien au point de vue discipline avec la fillette, aussi bien à la maison qu'à l'école, c'est-à-dire qu'elle obéit sans discussion et qu'elle ne travaille pas mal du tout intellectuellement. Par contre, elle serait d'une incohérence pathologique et irréductible, exprimant souvent certaines idées chimériques, affirmant avoir vu des voleurs et échaffaudant sur ces faits des histoires inventées de toutes pièces.

Résumé. — Dans l'hérédité, aucun élément positif ayant un rapport certain avec la schizophrénie. Début difficile à préciser, probablement déjà psychotique avant l'entrée à l'école (6 ans). Pendant la première enfance, d'une gourmandise incorrigible, querelleuse. Déjà dès la première classe, aucune discipline. Retrait de l'école à cause de son désordre ; mise en pension nécessaire à 10 ans, déjà nettement détériorée, autistique, échec de l'adaptation, aucun besoin de contact. Dissociation de la pensée et des sentiments, rupture du raisonnement, négativisme, tendance masochiste, discernement incertain entre la fiction et la réalité, bonne intelligence, bons progrès du développement intellectuel malgré la longue durée de la maladie.

OBS. 13, BRADLEY, 1942. (Patient n° 1, Forme à début aigu). — Béatrice était la plus âgée de deux enfants. Naissance et première enfance furent sans histoire en dehors de quelques difficultés d'alimentation.

À l'âge de 10 mois, coïncidant avec la naissance de sa sœur : terreurs nocturnes réclamant une attention soutenue et bientôt, retour au comportement qu'elle avait eu à une période plus précoce. Elle perd la possibilité de s'habiller elle-même, souille ses vêtements, opposante aux suggestions et aux ordres. Elle blesse sa jeune sœur et se met à détruire les meubles de la maison et ses affaires personnelles. La première enfance de cette fille fut ponctuée d'épisodes de négativisme, refus d'alimentation et de crises. À l'âge de 4 ans, elle avait regressé à un niveau très inférieur, rampant sur le plancher, refusant de prendre aucun soin d'elle-même et se masturbant ouvertement.

De nombreux traitements médicaux et une variété de placements en écoles privées n'amènent aucun progrès. À l'âge de 9 ans, elle fut transférée à l'Emma Pendleton Bradley Home. Venant d'un autre hôpital ou, en plus de son comportement antérieur, elle se frappait elle-même, s'arrachait périodiquement les cheveux et semblait complètement « hors de contact » avec ce qui l'entourait, donnant exceptionnellement par moment des réponses très justes et très intelligentes. Pendant une année d'observation, Béatrice fut signalée comme déambulant autour de sa propre chambre où elle restait seule aussi souvent que possible. Elle se tenait en dehors des autres enfants, tripotant son propre corps ou se

parlant à elle-même. A toute interruption de ces jeux, elle se mettait en colère et criait : « Laissez-moi seule, je suis en train de jouer à faire semblant » et montrait des signes de colère.

Béatrice était constamment préoccupée de ses propres pensées, elle semblait converser avec des compagnes imaginaires et en général oubliait complètement ce qui lui arrivait dans la réalité (rêverie éveillée). Elle ne répondait à aucune intervention venant d'autres personnes, restant muette de longues périodes durant lesquelles elle gardait des poses rappelant celles des adultes catatoniques (bizarreries du comportement).

Du fait qu'elle passait la plus grande partie de son temps seule, comme nous l'avons précédemment indiqué, il y avait évidemment une diminution dans le nombre de ses intérêts personnels. Cette enfant se souillait souvent et jouait avec ses excréments, se masturbait sans faire attention à l'entourage, usait de ses mains comme instruments pour manger et demandait à être nourrie à la cuiller par un adulte, souvent elle posait ses vêtements, souvent aussi elle sautait et s'excitait comme une enfant très jeune (régression des intérêts personnels). Elle ne montrait jamais aucune sensibilité aux commentaires ou aux critiques des autres. Quoique habituellement seule et, par moments, se tenant raide dans des postures diverses durant de longues périodes, elle était souvent si active (dansant, sautant, grim pant sur les meubles) que l'inactivité physique ne peut être retenue comme un signe notable.

Béatrice semblait, à certains moments, écouter d'imaginaires compagnons et quoiqu'elle réponde parfois de façon très adaptée et intelligente, il était évident qu'elle était atteinte de schizophrénie.

Ce comportement était apparu, à l'origine, dans une situation familiale difficile. Son père était un hypertendu, très émotif et alcoolique chronique ayant de fréquentes périodes de dépression. La mère était très bien éduquée, (professeur dans une école maternelle), mais était toujours anxieuse et manquait de spontanéité avec son enfant. Une sœur plus jeune, à la naissance de laquelle Béatrice a été bouleversée, n'a présenté aucune difficulté. L'état physique de Béatrice était excellent en dépit des nombreuses affections aiguës qu'elle avait présentées durant sa première enfance.

L'électro-encéphalogramme montrait un tracé inhabituel classé comme : rythme pauvre, fréquence de 9 à 12 cycles par seconde ; pas d'ondes lentes. L'examen psychométrique de Béatrice montre : les résultats des tests verbaux (Standford-Binet Q.I. 61 et 73) étaient beaucoup plus bas que ceux des tests non verbaux (Dearborn Q.I. 71 et 79 ; Kuhlmann-Anderson Q.I. 79) et que son test de performance (Arthur I, Q.I. 79). Les résultats étaient largement dispersés dans les tests verbaux mais plus cohérents dans les autres échelles. Elle réagissait aux difficultés ou aux encouragements en changeant de sujet ou en jetant les objets. Il y avait un progrès dans le score lorsque l'on refaisait le test mais l'on a noté quelques variations dans la performance.

Béatrice ne réagissait à aucune forme de psychothérapie et ne montra aucun changement appréciable pendant son séjour à l'hôpital. Les épisodes d'agitation psychomotrice ou les périodes de mutisme étaient particulièrement nettes. Elle était considérée comme non améliorée à l'époque où elle fut transférée à une autre école à l'âge de 10 ans.

Obs. 14 (D'après Lutz, 1937). — Paul, né en 1927. Hérédité : Un oncle maternel serait un célibataire original, « schizoïde » reconnu, garde forestier communal. Malgré tout, aucune hérédité d'ordre psychopathique.

Croissance : physique et mentale normale. Marche, parle et se tient propre normalement. Jamais de convulsions, aucune maladie infantile. Début de la psychose sans cause apparente au cours de la 5^e année. En l'espace de quelques semaines, la conduite de l'enfant se transforme d'une manière frappante. Il devient angoissé, se renferme, ne supporte plus aucune conversation, joue de préférence seul dans un coin, parle d'une manière imprécise de quelque chose qui pourrait se produire. Le médecin de famille ne trouve ni cause psychique, ni cause physique à cette transformation et parle pourtant déjà de troubles mentaux qu'il considère cependant comme de bon pronostic. Mais cet état se prolonge jusqu'à ce que le garçon, âgé de 7 ans, entre à l'école. Là, amélioration légère mais insuffisante. Le maître ne considère pas le garçon comme un arriéré. Absolument aucun contact possible avec ses camarades. Manque d'ordre en classe mais ne cause pas de difficultés au point de vue de la discipline. Un nouvel examen du médecin de famille ne révèle aucun trouble physiologique. Depuis son entrée à l'école, la malade exprime des idées délirantes particulières qui se rapportent toujours à des conduites d'eau éclatées.

A 9 ans (printemps 1936), le garçonnet vient en traitement chez nous.

Examen physique : aucuns troubles méningés. Sang, réflexes, sensibilité, L.C.R., organes internes examinés sous tous les aspects (conjointement avec la clinique pour enfants de l'université de Zurich) donnent en dehors d'une « éosinophilie » inexplicable de 25 %, un résultat tout à fait normal. Psychiquement, le garçonnet est inhibé de telle sorte que ce n'est qu'indirectement que l'on peut juger de ses fonctions intellectuelles et de son intelligence et on n'a pu noter aucun trouble de celle-ci. Comportement absolument autistique. Aucun contact avec les autres enfants, quoi qu'il prenne parfois part à leurs jeux, sans y participer de façon active. Ne commence rien de lui-même. Il se tient le plus souvent contre le mur dans un coin, fronce les sourcils, tourne et retourne un brin d'herbe et se parle à voix basse. De temps à autre, pleurs immotivés. Il affirme que les autres l'ont battu, même lorsqu'aucun enfant n'est dans le voisinage ; dans ces moments, il affirme en outre que les autres lui crient qu'il est « dérangé » (vraisemblablement réelles hallucinations). Il a une attirance particulière pour l'eau. Il dessine, quand l'occasion s'en présente, des conduites d'eau ou des robinets. Il n'est pas rare qu'il dessine des conduites d'eau éclatées d'où s'écouleraient d'énormes quantités d'eau. Il vient parfois avec ses dessins auprès des grandes personnes et demande d'un air un peu inquiet et angoissé si l'on pourra remettre en état ces conduites. Au début, il ne voulait pas aller aux W.C. à cause de la chasse d'eau, maintenant, c'est à peine s'il n'est plus nécessaire de le rassurer à ce sujet. Si on le laisse aller en promenade, il se jetterait sans réfléchir dans tous les cours d'eau suivant en cela son attirance. (Donnée intéressante, suivant Jung, qui considère l'eau comme le symbole de l'inconnu). Le langage du garçonnet n'a subi aucune transformation jusqu'à ce jour. Aucun contact avec ce qui l'entoure ; vit renfermé sur lui, décrit des événements intérieurs de nature imprécise mais menaçants, outrageants. Grimace beaucoup, sans raison.

Après 4 mois d'examen de contrôle, même idée en rapport avec les canalisations. Grimace plus nettement, pleurs immotivés plus rares ainsi que les plaintes d'avoir été tourmenté. Amélioration des contacts en ce sens qu'il est plus fréquemment en compagnie d'autres enfants, joue parfois avec eux. Il a des moments pendant lesquels il rit joyeusement.

Observation au début du traitement par l'insuline : n'a aucun contact, reste planté là seul, une cordelette à la main qu'il tourne et considère attentivement. Balancement léger de tout le corps, fronce le sourcil, expression tendue du visage, mais non souffrant et déprimé. De temps à autre, mouvements convulsifs qui apparaissent fréquemment en corrélation avec l'idée d'un robinet et d'une inondation. Ces manifestations agissent à la façon d'un orgasme de quelques secondes. Il se tient volontiers dans la salle de bains et dans la cuisine. Il serre fortement un chiffon autour d'un robinet et dit : « Sortira-t-elle un peu détraquée si je bouche ainsi le robinet ? » Il demande un jour en présence de la bonne, si nous avons déjà eu un garçon aussi stupide que lui. Comme la bonne lui dit qu'il n'est pas sot, il répond : « Vous me taquinez tout le temps ». Il vient au moment où l'on remplissait la baignoire, entre en extase et gambade dans toute la salle de bain. Les visions d'eau sont parfois accompagnées d'états affectifs angoissés : « ce robinet n'est-il pas complètement rouillé, l'eau ne devrait-elle pas jaillir tout à coup ? » Cette obsession de l'eau ne le quitte même pas quand il se distrairait avec autre chose. Quand il joue avec un jeu de construction, il se parle à lui-même à voix basse, l'on peut saisir toujours les mêmes phrases : « Y'a-t-il un petit conduit avec robinet ? L'eau y coule-t-elle ? Est-il complètement rouillé ? Etc... » Ces soliloques sont parfois si rapides qu'on ne les comprend pas, souvent il se met à bredouiller et avale parfois de travers. Avec les autres enfants, il ne participe à rien. Au milieu du jeu des autres, il reste totalement isolé, il ne semble pas remarquer s'il est seul ou avec d'autres. Il s'accommode du bon ordre de la maison sans plus y apporter attention. Sur lui, il est très soigné. Paraît perdre parfois le sens de l'orientation, il veut aller dans sa chambre mais s'égare un étage trop bas car il n'a pas, de toute évidence, fait extrêmement attention où il se trouvait. Le traitement de l'insuline se passe d'abord bien, comas à 50 unités, les suivants à 15-20 unités, en tout 22 comas, ensuite le traitement doit être interrompu à cause de l'apparition d'un état épileptique très inquiétant avec arrêt de la respiration. Pendant tout le traitement 3 crises épileptiques.

Comportement psychique pendant le traitement, sans modifications fondamentales. Hallucinations aussi intenses, détente dans le domaine affectif, notamment le soir où il est plus ouvert. Au lit, il joue à cache-cache avec les surveillantes, rit joyeusement, ne donne plus affectivement d'impression pathologique. La détente progresse par palier. Parfois il relève sa chemise de nuit devant la surveillante et dit : « Voilà mon ventre, là ça pend et ça pisse », éprouve de la joie en prononçant des grossièretés. Il est tout à fait incertain que ce relâchement soit dû à l'insulinothérapie. En tout cas, au home d'enfants où il était pendant l'été 1936, s'était fait jour une meilleure adaptation au monde extérieur, un contact affectif meilleur et un léger recul des hallucinations. En bref, le traitement à l'insuline fut pratiquement sans effets.

Obs. 15 (D'après Ilse SCHNABEL, 1921). — *Résumé* : Gustave, né en 1913. Hérédité : deux tantes paternelles schizophrènes. Mère anormale : se noie après l'apparition de la psychose chez son enfant. Très intelligent dans sa première enfance, apprend tout d'abord le russe, demeurant à Moscou. A 3 ans, il vient en Suisse et apprend très rapidement le Suisse alémanique. Toujours tout à fait normal, sans doute un peu timide, très attaché à ses parents. Début de la maladie en janvier 1919. Déjà à Noël 1918, par conséquent quelques jours avant, se fait remarquer par un rire continu. Il triture ses vêtements et danse d'une manière mécanique. En janvier, bizarreries du comportement. Il jette les verres et les assiettes par la fenêtre, court souvent au hasard dans un état d'absence, ne sait plus ce qu'il veut. Il s'enfuit toujours dans la rue, ce qu'il n'avait jamais fait auparavant. Il a souvent des accès de colère violente, se frappe toujours la tête comme s'il voulait faire disparaître quelque chose (maux de tête), saute ensuite de-ci de-là, arrache les barreaux de son lit d'enfant, frappe sa mère. La surexcitation était à son paroxysme lorsqu'il fit en mars 1919, une varicelle simple. Parle sans transition du chemin de fer, de la Russie, d'incendie, de mort, etc... Il ne réclame plus rien, ne dit plus quand il a envie d'uriner, ne joue plus, mais reste assis, comme il le fera par la suite, contracté et muet, n'importe où dans la pièce pour soudainement sauter sur ses pieds sans raison et courir à travers la chambre. N'a pas de fièvre. Pendant la varicelle, il présente des crises d'« agitation furieuses » durant quelques heures, déchire son linge, frappe et mord ce qui l'entoure, réduit en miettes ce qui lui tombe sous la main. Il vient ensuite à l'hôpital des enfants où on ne lui trouve aucun trouble physique mais où l'on pense à une schizophrénie.

A l'admission, il est en continu déplacement, ne peut se résoudre à rester en place, répète les derniers mots des questions qu'on lui pose. N'est influencé par rien. Physiquement, rien de pathologique. Psychiquement, après les deux premiers jours, beaucoup plus calme, il apparaît plus abordable. Feuillette infatigablement un livre d'images sans en regarder une seule. Réponds à toutes les questions par « petite mère ». Il répète souvent les questions. Affectivement très inhibé. Mais à côté de cela, il comprend très rapidement, il a de même des réactions très rapides. Il reconnaît aussitôt sa mère qui le visite. La mère est étonnée de l'amélioration et dit qu'il n'a jamais si bien parlé à la maison qu'il ne le fait maintenant. Pendant la visite, il rit sans arrêt, rit aussi au départ de sa mère et quelques temps après, il se met à pleurer un peu. Par la suite, amélioration progressive, cependant avec des fluctuations assez nettes. Inabordable pendant quelques jours, grognon puis de nouveau très ouvert, empressé. Après 4 mois de séjour, remise en liberté ; affectivité contrainte, mais nette amélioration des contacts. Pendant toute cette période, aucune hallucination ni idées délirantes.

— 3 mois après la remise en liberté, deuxième poussée. Dans l'intervalle, il va d'abord bien, il fait des commissions pour ses grands-parents chez lesquels il se trouve. Puis son comportement s'aggrave à nouveau. Il a des accès d'excitation, fait du tapage jour et nuit et crie sans cesse que l'on veut le tuer. En outre, il ne mange rien. Dans l'établissement, il est au début excité mais se calme visiblement de plus en plus. De nouveau, légère crise d'excitation puis retour au calme.

Maintenant, il ne parle presque plus et pendant longtemps il reste calme, amical, riant d'une manière stupide, apathique et totalement muet, l'air étonné. Puis il présente une amélioration et retourne dans sa propre famille. Chez lui, aucune modification de l'état, on essaie de le diriger sur un établissement d'arriérés intellectuels sans succès. Chez son grand-père où il séjourne, il est calme, à peine récalcitrant, mais il mène une vie hébétée, sans utilité. Fréquentation scolaire impossible.

En 1931, troisième admission au Burghotzik, apathique, se lève précipitamment, furette dans la pièce et ce faisant, émet des grognements. Aspect apathique, hébété, démence grave. Aucun rapport n'est plus possible, répète les paroles qu'on lui adresse. Ne donne aucune réponse. Une fois, un court accès de surexcitation lorsqu'il voulut absolument avoir du chocolat en allant voir une malade voisine de lui. Lorsqu'on l'emmena dans la chambre voisine, il se vengea en se barbouillant de boue. Depuis, de nouveau calme et tranquille. Transport vers un établissement dans la campagne.

En 1935, quatrième admission : est ramené de l'établissement à la campagne car son excitation croît de jours en jours. Donne maintenant l'aspect d'un idiot avec des crises de surexcitation, complètement dément, plus aucun indice qui permettrait de pencher en faveur d'une schizophrénie plutôt que d'une idiotie. Phase finale. Il est de nouveau plus calme et est transféré, au bout d'une année, dans un asile cantonal à la campagne.

OBS. 16 (BRADLEY, 1942). — Gwen était fille unique. Naissance et première enfance furent essentiellement normales. A l'âge de six mois, l'on remarqua qu'elle fermait les yeux quand certaines personnes s'approchaient d'elle et qu'elle criait si un groupe d'enfants venait la regarder. Quand elle eut trois ans, elle courait dans la maison chaque fois que d'autres enfants essayaient de la joindre à leur jeu et se mettait en larmes quand elle était avec des adultes qui riaient à haute voix. A l'âge de quatre ans, elle avait extrêmement peur d'objets tels que les ascenseurs quand elle les prenait dans les magasins de la ville. Une année plus tard, elle subit une opération pour appendicite, s'adaptant très bien à tout pendant son séjour à l'hôpital. Cependant, quand elle assistait à une fête d'anniversaire, elle s'occupait à lancer des objets aux autres enfants et elle continuait à se montrer très peureuse lorsqu'elle allait en ville.

Quand Gwen eut six ans, elle apprit à se servir de peinture mais souvent n'obéissait pas aux instructions concernant leur usage, réalisant obstinément le contraire de ce qui lui était demandé.

Un an plus tard, on remarqua qu'elle s'opposait énergiquement à tout changement dans la routine quotidienne, qu'elle parlait souvent d'une voix aiguë, sans nécessité quand elle était dans les transports publics tels qu'autobus ou cars et s'enfuyait de tout enfant qui essayait de s'associer à elle. A son entrée à l'école, ses maîtres se plaignirent de sa masturbation qu'elle pratiquait ouvertement, de son manque de soin, de la destruction de ses affaires et de son manque à suivre les indications. En dépit de cela, elle fit de réels progrès scolaires. A la maison, elle jouait seule mais elle aimait converser avec des adultes sur des sujets morbides ou inhabituels tels que maladies physiques, parties du corps et l'usage des cabinets.

En raison de sa mauvaise adaptation persistante, Gwen fut admise à l'« Emma Pendleton Bradley Home » à l'âge de 9 ans et elle y resta en observation de façon intermittente pendant plus de trois ans. Là, elle errait loin des autres enfants aussi souvent que possible et préférait rester debout dans sa chambre, marmonnant pour elle-même, ou se coucher sur son lit, les yeux mi-clos. Elle montrait un violent déplaisir quand elle était dérangée dans cette activité. En classe, elle s'asseyait souvent soit les yeux clos soit regardant fixement dans le vague et faisant peu attention à son travail. Dans sa chambre, elle se couchait souvent sur le plancher, les jambes écartées, montrant ses dessous, pendant de longues périodes, qu'il y ait ou non un observateur présent. Parfois, elle urinait par la fenêtre, grimaçait, et par moments, ne répondait ni aux questions ni aux commandements. Des crises paroxystiques de pleurs sans larmes interrompaient ses conversations avec les adultes. Elle passait tout son temps à ses quelques activités solitaires. Elle continuait à se masturber, jouait fréquemment avec les parties de son corps et lorsqu'elle fut confinée au lit pour une maladie intercurrente à l'âge de 11 ans, elle se souillait et sautait dans le lit, d'une manière infantile. Elle discutait des habitudes de propreté et des questions sexuelles d'une manière niaise comme on pourrait l'attendre d'un enfant beaucoup plus jeune. Elle criait souvent à la moindre rebuffade, se plaignant amèrement que personne ne l'aimait et interprétait la conversation des adultes comme étant dirigée contre elle. En raison de son comportement isolé et tranquille, elle paraissait physiquement inactive.

Quoique son comportement, durant les trois ans à l'hôpital, subit quelques fluctuations, Gwen devint progressivement plus préoccupée de ses rêveries. Par moment, elle semblait écouter des voix imaginaires et son comportement devint de plus en plus imprévisible. Le diagnostic de schizophrénie fut porté et, à l'âge de douze ans, les traitements de choc par l'insuline et de métrazol, pratiqués dans un autre hôpital, n'amènèrent aucun résultat favorable.

La constellation familiale de cette enfant avait été favorable. Ses parents étaient en bonne santé, bien adaptés socialement et les difficultés économiques ne furent jamais graves. Leur tenue de l'enfant était raisonnable et compétente étant donné qu'il n'y avait pas d'autre enfant pour partager l'attention des parents et beaucoup des problèmes du comportement de Gwen mettaient à contribution la patience de chacun à la maison. Là, elle eut des troubles respiratoires fréquents et quelques légères maladies intercurrentes, appendicite traitée chirurgicalement à l'âge de cinq ans ; rien de cela n'influença le comportement de l'enfant d'une façon évidente.

Les examens physiques et neurologiques répétés à l'hôpital furent négatifs. Le compte rendu électro-encéphalographique montre que le tracé était caractérisé par un rythme alpha normal sans aucune anomalie. A l'examen psychométrique, les scores verbaux (Stanford-Binet Q.I. 86-89 et 76) étaient nettement plus bas que les scores non-verbaux (Kullmann-Anderson Q.I. 96 et 93), mais au total, nettement supérieurs aux tests de performances. Il n'y avait aucune réaction aux encouragements. En général, ses résultats devinrent pires en répétant les tests.

Comme on le remarquera, le développement des troubles de cette enfant a été caractérisé par une antipathie ouvertement exprimé contre les autres individus, dans la première enfance, d'abord de nature passive

et plus tard aggressive. Pendant la période qui suivit l'âge de 4 ans, les crises d'anxiété constituèrent le principal problème, c'est pourquoi le négativisme fut au premier plan. Dans la seconde enfance, comme elle approchait de la puberté, les tendances à l'isolement, les bizarreries du comportement, les préoccupations délirantes, les hallucinations et les interprétations peut-être, la régression du comportement apparurent. Les symptômes présentés par Gwen ressemblèrent progressivement à ceux que l'on observe chez le schizophrène adulte.

OBS. 17 (BRADLEY, 1942 — Malade n° 2). — Alice était la plus jeune de cinq enfants. Après une naissance essentiellement normale, ainsi que son enfance et son premier développement, elle commença à présenter des affections des voies respiratoires supérieures et des douleurs otitiques à l'âge de deux ans, des crises d'asthme bronchitique à l'âge de quatre ans. Elle était la préférée de son père et à la suite de la mort accidentelle de celui-ci, alors qu'elle avait 4 ans, Alice présenta des troubles du caractère. Comme elle grandissait, il fut aussi noté qu'elle recherchait la compagnie des enfants plus jeunes. Elle avait manqué une grande partie de la classe en raison de ses troubles respiratoires.

À l'âge de 8 ans, Alice fut admise à l'« Emma Pendleton Bradley home » et y resta en observation pendant les cinq années suivantes. Au début, l'on nota qu'elle était quelque peu timide en présence des adultes, surtout en présence d'étrangers, mais elle jouait activement et conversait avec les enfants plus jeunes qu'elle. Parfois, elle se plaignait de douleurs dans les reins ou d'autres malaises somatiques et, à une ou deux occasions, elle eut de petites attaques d'asthme ou de vomissements. Pendant quelques mois, l'on nota qu'elle n'avait aucun goût pour les activités de groupe des enfants, qu'elle ne voulait pas parler aux médecins et qu'elle avait des troubles graves du caractère par moments. Les progrès scolaires étaient très lents en raison de la mauvaise volonté de l'enfant pour réciter en classe. En un an et demi, les troubles du caractère augmentèrent d'intensité, elle brisait parfois les meubles. L'enfant ne parlait plus du tout aux médecins et elle présentait des périodes d'hyperactivité bruyante, certaines d'entre elles ne semblaient pas motivées par des causes extérieures. Il y avait une lente progression dans la fréquence et l'intensité de son comportement asocial.

Quand Alice eut 10 ou 11 ans, elle préférait rester seule dans sa chambre avec la porte fermée ou dans une cour de l'hôpital aussi isolée que possible (isolement). Quand d'autres individus essayaient de la rejoindre, elle grimaçait, leur ordonnait de s'éloigner et souvent claquait la porte (irritabilité). À l'école, elle continuait à ne faire que peu de progrès et semblait préoccupée de ses propres pensées, hors du contact de l'entourage (rêveries diurnes). Souvent elle grimaçait, prenait des poses bizarres, tenait ses membres dans des positions inhabituelles. Elle se démenait avec une démarche particulière et parfois, restait sans répondre aux questions (bizarreries du comportement). Elle perdait une si grande partie de son temps, seule avec ses pensées qu'elle ignorait la plupart des activités de jeu de l'enfance (diminution du nombre des intérêts). Cependant, les livres qu'elle lisait et les activités tranquilles qu'elle poursuivait semblaient appropriés à son âge (pas de régression des intérêts personnels). Cette enfant répondait aux commentaires sur

elle-même en rougissant, baissant les yeux ou ailleurs, semblant déconcertée et pleurant aux gronderies légères concernant sa conduite ou son travail en classe. De tels épisodes étaient des exemples de l'extrême sensibilité de l'enfant aux commentaires et aux critiques. Depuis, la majeure partie de son temps étant utilisée en activités sédentaires, telles que lecture, tricot, puzzles, couture, elle était habituellement physiquement inactive. A l'âge de 12 ans, cette vie d'isolement et de rêverie imaginative dominait toute son activité si bien que le diagnostic de schizophrénie semblait justifié.

Le père d'Alice avait été un homme calme, triste, qui cependant avait tout à fait réussi économiquement. Il fut tué accidentellement quand Alice avait quatre ans. La mère présentait une diminution considérable de l'ouïe, était quelque peu tendue et facilement énervée. Un frère plus jeune et trois sœurs plus âgées étaient très bien adaptés, avaient d'excellents résultats en classe et eurent plus tard d'excellentes situations.

Les attaques d'asthme d'Alice et ses affections respiratoires devinrent considérablement moins importantes durant son séjour à l'hôpital, quoique au cours de ses périodiques et brèves visites à la maison, elles reviennent et semblent en rapport avec des facteurs allergiques chez elle ou dans la région. En dehors d'une déformation thoracique, de râles asthmatiques au niveau du poumon et d'une otite chronique gauche, l'état physique d'Alice fut toujours bon. Son compte rendu encéphalographique note : tracé dans les limites du normal quoique très variable d'un moment à l'autre. Les tests psychométriques qui furent répétés par intervalles, donnent comme quotient intellectuel : au Binet-Stanford de 86 à 95 ; au test non verbal Kuhlmann-Anderson de 93 à 101 et au test « Arthur performance » de 93 à 97. Un large étalement fut noté dans tous les tests et l'enfant ne répondait pas aux encouragements. Des variations dans les réponses furent notées dans l'échelle de performance.

Alice ne réagissait à aucune psychothérapie. Parfois cependant, ses rapports avec quelques individus devenaient excellents. De même que l'accroissement de son isolement, elle présentait des périodes d'agitation lorsqu'un événement extérieur interrompait sa tranquille activité. A l'âge de 13 ans, elle était pire qu'à son admission. Elle fut renvoyée à sa famille et ensuite admise à un hôpital psychiatrique pour adultes où l'on posa le diagnostic de schizophrénie. Le traitement de choc par l'insuline à l'âge de 14 ans n'amena aucune amélioration. Plus tard, Alice s'adapta à peu près dans sa maison, mais à l'âge de 16 ans, elle refusa de quitter la maison excepté en de rares occasions et son comportement était tout à fait imprévisible.

Obs. 18 (D'après LUTZ, 1937). — Otto, né le 3 mars 1923, habitant Zurich, en observation du 2 juillet au 30 novembre 1932 au « Stéphansturm » de Zurich.

a) *Occasion de l'observation.* — Les parents sont des acteurs ambulants en Autriche, talonnés par la détresse ils ne peuvent plus subvenir à la nourriture de l'enfant. C'est pourquoi ils l'installent à l'été 1932 chez un paysan qui se charge de lui. Le professeur le signale comme l'esprit borné car il ne peut ni lire, ni écrire, ni compter et ne répète sans cesse que des mots privés de signification. L'un des éducateurs soupçonne une maladie mentale et en fait part aux autres enfants.

b) *Renseignements sur la famille.* — Grand-père paternel émigré en Autriche comme artisan est sain ainsi que sa femme. Le père de l'enfant n'a ni frères, ni sœurs, vit à Vienne comme compositeur et acteur. Écrit et compose des mystères qu'il met en scène avec sa femme. Pendant son adolescence souffrit du « mal de Werther ». Depuis lors quelques rites obsessionnels (doit compter des fenêtres). Un cousin paternel en asile pour paralysie syphilitique. Cependant pas de maladies mentales dans la famille.

La mère, d'origine tchèque, est saine, de tempérament sanguin, quelque peu impressionnable, actrice. Son père était alcoolique et mourut jeune. Sa mère qui éleva sa famille, était travailleuse et bonne petite bourgeoise par sa manière de penser. Son frère unique meurt jeune. Dans sa famille (famille connue) aucune psychose. Le malade est fils unique.

c) *Anamnèse physique.* — Gestation, naissance et croissance sans aucune particularité. Il commence à parler à 9 mois. A 6 ans, rougeole. A 4 ans 1/2, pendant un embarras gastrique, il présente un accès : il reste couché pendant une heure comme mort, puis pendant plusieurs heures il est secoué de frissons. Depuis plus aucun accès d'aucune sorte. En dehors de cela toujours en bonne santé.

d) *Anamnèse psychique.* — A 1 mois sourit ; nourrisson très effacé ; à un an peut déjà marcher en donnant la main, puis il devient évident qu'il se refuse catégoriquement pendant une année à marcher seul. Vers 2 ans se met soudain à marcher seul et y réussit bien. A 1 an 1/2 prononce quelques mots comme « papa », « chemin de fer », etc... Dès son quatorzième mois, propre la nuit et le jour. On s'occupe bien de lui. Au cours de sa deuxième année, on signale qu'il ne parle pas spontanément, mais répond seulement aux questions, jusque là il ne passe encore pas pour étrange. En effet, il n'est pas encore timide, dans le tramway par exemple il sourit à tout le monde si bien qu'il fait partout la joie de tous et qu'on le surnomme « l'enfant du soleil ». A 3 ans il devient timide, se cache des étrangers, ne leur parle plus, sauf s'ils s'amuse avec lui. A cette époque ses parents décèlent le caractère particulier et maladif de son comportement. En présence d'inconnus, bien qu'il possède un vocabulaire très étendu, il refuse de parler. Lorsqu'il éprouve un besoin pressant, faim, soif, il se fait toujours comprendre par geste, jamais par des paroles. Attitude étrange vis-à-vis des autres enfants, il les renvoie ou les serre contre lui d'une manière brutale qui provoque des pleurs ou des ripostes. De plus il n'a pratiquement aucune relation avec eux. Il commence déjà à grimacer. De 3 à 6 ans, bien que grandissant, son comportement à l'égard des étrangers et des enfants ne subit aucune modification. Trait hautement significatif, le fait qu'il ne veuille pas parler, bien qu'il puisse s'exprimer aisément s'accentue. Enormément de grimaces. Il donne aussi fréquemment des réponses sans aucune signification, hors de propos, répond facilement : « Imbécilité » à toutes les questions posées.

A la maison il rend des services, aide sa mère à essuyer la vaisselle et à la ranger, sans la casser. Souvent s'occupe seul avec des livres d'images, des poupées, ou court au hasard en chantant et en exultant de joie. Passe pour un enfant joyeux. Apprend facilement par cœur des poésies, mais par contre se refuse à apprendre des chiffres. En avril 1929 (à 6 ans), il est envoyé pour quelques semaines chez des parents,

ses habitudes particulières leur font l'effet de méchanceté. Il est battu et souvent enfermé à la cave, cependant les punitions l'impressionnent peu.

Été 1929 à été 1930. Il fréquente l'école primaire en Autriche. En classe tout à fait passif, le maître peut lui demander ce qu'il veut, notre malade omet simplement de répondre, en dehors du chant, il ne fait rien à l'école. L'instituteur pense que la raison majeure est qu'il ne comprend rien, mais à la maison, il raconte tout ce qui s'est passé. Il apprend à lire et à écrire sans que le maître sache qu'il en est capable. En classe il griffonne ses cahiers, à la maison, il écrit correctement. On suppose que c'est sa mère qui écrit pour lui. L'enfant se rend malgré tout volontiers à l'école, veut partir le matin beaucoup plus tôt, ne joue pas avec les autres enfants.

Automne 1930 (7 ans 1/2) dans un « home » d'enfants en Suisse. Extrait des fiches du Home : troubles maladifs, de temps à autre totalement apathique ; sauvage ; volontiers seul ; quand on le regarde se cache le visage, à la vue d'images religieuses ferme les poings et se montre agité ; frappe une photo de ses parents. Malpropre ; couvert de matières et d'urine ; les parents assurent qu'il est devenu pour la première fois malpropre à son retour du home d'enfants.

Septembre 1930 à décembre 1931 (8 ans). Dans un institut pédagogique (pour traitement) à Vienne. Observation : à son arrivée se néglige, mouille ses vêtements et se barbouille nuit et jour. Pince et bat les autres enfants. Ne connaît pas l'usage du couteau et de la fourchette. Traîne ses mains dans les excréments. Pendant des semaines ne prononce aucune parole, boudeur, timide, on arrive à l'habituer à la propreté, son comportement reste cependant « bizarre », *il se fait des grimaces, se parle à lui-même*, fait des gribouillages partout, devient méchant quand on lui enlève son crayon. Ne s'attache à aucun camarade.

Décembre 1931 à été 1932 : de nouveau chez ses parents, le trouvent mieux qu'avant son séjour à l'institut. Facile à garder à la maison, paisible, aide aux travaux domestiques, apprend des poésies, mais ne veut pas compter. La plupart du temps, chante et grimace seul.

e) Examen au Stephansburg 1932 : Etat physique :

Très bon. A l'examen clinique, en parfaite santé ; Examen neurologique négatif ; L.C.R. : sucre, chlorure de sodium, albumine, normaux ; pression normale à la P.L. Urines normale. *Etat psychique* : comportement : totalement identique, isolé ou en société, continuellement en mouvement, il court au hasard, grimace, gesticule, et fait des remarques dénuées de sens comme : « vous êtes un esprit, vous êtes spirituel, vous êtes un vicairé général, vous êtes une reine ». La plupart du temps dans un état de joie niaise, il mange seul, dort bien, mais s'habille mal, reste malpropre, plein d'excréments et d'urine.

Contact avec l'extérieur : Quand on lui parle n'a souvent aucune espèce de réaction, parfois fait des remarques dépourvues de signification (cf : Vous êtes spirituel) ensuite parle d'une manière hachée et difficilement compréhensible, puis tout à coup retrouve un usage tout à fait normal et sensé de la parole. Se conforme la plupart du temps aux invitations qu'on lui adresse, souvent il répond par la négative, mais s'y conforme néanmoins aussitôt. Se soucie peu des autres enfants, ne joue pas avec eux, se laisse frapper sans réagir, étreint souvent

les autres enfants de façon si maladroite que l'on ne sait s'il veut les embrasser ou les taquiner. Toujours prêt à rire joyeusement des plaisanteries. Tout contact affectif lui fait défaut quand on lui fait mal, il pleure, mais ne se défend pas (P.L.) quand on lui parle sérieusement il rit et ne réagit pas.

Manière de comprendre, de penser certainement intacte, bien que l'on ne puisse l'examiner que d'une manière indirecte, car il ne répond pas à bien des questions. Il affirme par exemple ne pas connaître la date, mais cependant jette un coup d'œil au calendrier et remarque que l'on a oublié d'enlever un feuillet, ce qui est exact. Peut facilement s'acquitter des services comme par exemple prendre un certain papier dans un certain tiroir. Apprend les noms des institutrices très rapidement. S'oriente aussi rapidement dans la maison, donne une description détaillée de son voyage depuis Vienne, etc... Parmi les images de Meggendoeh, il reconnaît très rapidement les scènes et les images compliquées.

Aucune hallucination ni idée délirante n'ont été constatées. Net négativisme qui se traduit généralement par un refus verbal, car du point de vue activité, n'est pas opposant. Exemples de remarques spontanées « Vous n'êtes pas un docteur Suisse, vous êtes un docteur japonais, un juif polonais. La Suisse est un pays détestable et n'a que de toutes petites montagnes. Vous ne portez pas un manteau blanc mais un habit noir. Vous êtes un homme spirituel », etc... Ambivalence presque continuellement évidente.

Associations se référant souvent à une vision exacte et étendue du monde, par exemple : Groschen-Schilling (1), mariage — avis aux autorités, jeûne — manger, puis des associations totalement dépourvues de sens : Grenouille — « ip ». Association superficielle des sons « spott-ross » (ironie-cheval) « Malen-Walen ». Puis des réactions qui paraissent l'inverse de ce que l'on obtient ordinairement, entre autre des mots curieusement rapprochés : agréable-rejeté, embrasser-battre, mariée-deuil, injurier-bon.

Intelligence, facilité d'expression, en ce qui concerne le vocabulaire et la syntaxe, en avance pour son âge, apprend facilement des poèmes, comprend bien les histoires et leurs enchaînements, lit aisément, a une écriture correspondante à son âge. Par contre ne peut compter que jusqu'à 20. Au Binet-Simon-Terman, Q.I. : 74. Intelligence disproportionnée au Rorschach, mais en gros correspondant à son âge, activité motrice contrainte, souvent affectée, discordance entre les gestes et la mimique, se penche fréquemment en arrière dans sa démarche, pas de direction ni de but déterminé. Dessin : l'espace est complètement rempli et sans blanc, aucune marge, couleurs souvent très épaisses, formes triangulaires, positions impossibles, par exemple soleil au-dessous de l'horizon, maisons au-dessus. Chiffres et lettres au milieu du dessin, formes stéréotypées à peine compréhensibles.

f) *Séjour au Stephansburg.* — L'« impureté » s'améliore peu à peu à la suite d'injection d'eau distillée, sous-cutanée. Prend l'habitude de participer de manière plus active à l'école, refuse pourtant la plupart du temps d'apprendre à compter. Ses expressions se modifient, utilise

(1) Monnaies autrichiennes.

au lieu de mots stéréotypés des mots qu'il a entendu prononcer par d'autres enfants. Cependant rien n'a changé fondamentalement depuis son admission.

g) *Rapport de l'institutrice.* — 1934. — Après sa sortie de Stephansburg, retour dans une famille adoptive, essai de mise à l'école dans une classe spéciale, fait montre d'une bonne mémoire pour le vocabulaire, l'histoire, la poésie et le calcul (numération et opération). Travaille avec méthode et réflexion. Grosse difficulté dans ses jeux avec les autres enfants à cause de son « autisme », maladresse frappante dans ses mouvements, gesticulations, se rend volontiers à l'école, mais doit en être de nouveau retiré parce qu'il n'est pas capable de suivre la classe.

h) Examen de contrôle, 1935, à la polyclinique psychiatrique pour enfant et adolescent de Zurich. Il nous reconnaît aussitôt, rit sans rien dire pendant tout l'examen, affirme toujours souriant et un peu ironique : « Je suis déjà fou » (il n'avait jamais appris par les parents et par nous qu'on le considérait comme malade). Il fait par la fenêtre des gestes menaçants et ne peut donner une raison à ces gestes.

Il se montre dans tout son maintien, lourd, grossier, maladroit, doux, apparemment un peu embarrassé, très négativiste — commence chaque réponse qu'il nous donne par « je ne dis pas », mais répond toujours aussitôt s'il n'est pas distrait par quelque chose. Quand on lui adresse un compliment, répond aussitôt « c'est triste ». Esquisse des gestes menaçant à l'adresse de celui qui s'y risque, n'exprime par sa mimique aucune joie extérieure à ce compliment. Se sert parfois dans son langage de mots incompréhensibles. Sa mère dit que lorsqu'il est seul, il s'exprime dans un jargon semblable au bégaiement. En gros, état inchangé par rapport à celui de sa sortie (1932), plutôt plus mauvais en ce qui concerne l'adaptation en général (aux dires de la mère).

i) 1936. — Entre dans la puberté — psychose inchangée, aspect de grande détérioration, ne peut plus vivre parmi des étrangers. Par contre, aide sa mère d'une manière tout à fait satisfaisante dans les travaux ménagers. Elle le fait lire et compter régulièrement sans aucun résultat. Le malade avec ses connaissances n'est pas capable de rien entreprendre par lui-même.

OBS. 19 (Résumé) (D'après M. KLEIN, 1930). — Il s'agit d'un garçon de 4 ans qui par la pauvreté de son vocabulaire et de ses capacités intellectuelles, était du niveau d'un enfant d'environ 14 ou 18 mois. Son adaptation au réel et ses relations affectives avec l'entourage étaient à peu près nulles. Cet enfant Dick était complètement dépourvu d'affectivité et indifférent à la présence ou à l'absence de sa mère et de sa nourrice. Depuis le début, il n'avait que rarement montré de l'émotivité et cela à un point quelque peu anormal. A l'exception d'un point particulier sûr lequel je reviendrai tout à l'heure, il ne s'intéressait à rien, ne jouait pas, n'avait aucun contact avec son entourage. La plupart du temps il proférait des sons dépourvus de signification. Quand il parlait, il utilisait incorrectement son maigre vocabulaire. Mais ce n'était pas seulement parce qu'il était incapable de se faire comprendre ; il n'avait aucun désir de le faire. De plus, la mère de Dick pouvait parfois sentir chez l'enfant une attitude négativiste. Il faisait exactement le contraire

de ce que l'on demandait de lui. Par moments, si elle réussissait à lui faire répéter quelques mots, il les modifiait, tandis que, à d'autres moments, il les prononçait parfaitement. Parfois aussi, il répétait le mot correctement mais continuait ensuite à le répéter de façon incessante et mécanique jusqu'à en rendre malade son entourage. Ce comportement est différent de celui d'un enfant névrosé. Quand l'enfant névrosé exprime son opposition sous forme de défiance et quand il exprime son obéissance (souvent accompagnée d'une bouffée d'anxiété) il le fait avec une certaine compréhension et en corrélation avec l'objet ou la personne en cause. Mais l'opposition de Dick comme son obéissance manquaient à la fois d'affectivité et de compréhension. De plus quand il se blessait il montrait une insensibilité à la douleur et n'exprimait jamais le désir, si habituel chez le jeune enfant d'être consolé et choyé. Sa maladresse était remarquable, il ne pouvait pas saisir des couteaux ou des ciseaux, mais il pouvait se servir normalement d'une cuillère pour manger.

A la première consultation, il laissa sortir sa nurse sans montrer d'ennui. Je pus l'emmener dans la pièce où il ne cessa de courir sans s'intéresser plus aux meubles qui se trouvaient là qu'à moi-même. Son faciès était immobile, le regard perdu dans le vague ne montrant pas la moindre affectivité, ni la moindre anxiété.

Il avait eu une première enfance exceptionnellement troublée, car pendant l'allaitement, sa mère le laisse pendant plusieurs semaines dans l'attente insatisfaite de nourriture, et il fut bien près de mourir de faim. On fut obligé de recourir à une alimentation artificielle.

Quand il eut 7 semaines une nourrice lui fut trouvée, mais cet allaitement ne lui fut pas profitable. Il souffrait de diarrhées, d'un prolapsus anal et plus tard d'hémorroïdes. Il est possible que son développement fut affecté par le manque d'amour réel, sa mère ayant été depuis le début très anxieuse. Comme de plus ni son père ni sa nurse ne lui montraient beaucoup d'affection Dick grandissait, dans une ambiance très pauvre en affection. A l'âge de 2 ans, il eut une nouvelle nurse qui était affectueuse et adroite, peu après il fut confié à une grand-mère qui l'aimait beaucoup. L'influence de ses changements fut visible sur son développement. Il a marché à l'âge normal mais il eut des difficultés au contrôle de ses fonctions excrétoires. Avec la nouvelle nurse il acquit des habitudes de propreté très rapidement. A l'âge d'environ 3 ans il les avait surmontées.

D'un autre côté, il montrait à l'âge de 4 ans une sensibilité au blâme. Sa nurse s'était aperçue qu'il se livrait à la masturbation, elle lui avait dit que c'était « méchant » et qu'il ne devait pas le faire, cette défense fut de façon nette à l'origine d'une certaine anxiété et d'un sentiment de culpabilité. A cet âge il fit aussi de grands progrès dans son adaptation surtout dans ses relations avec l'extérieur, spécialement dans l'acquisition d'un certain nombre de mots nouveaux. Depuis les premiers jours son alimentation avait été anormalement difficile. Quand il eut la nourrice il ne montra aucun désir de têter. Ensuite il ne voulait pas boire au biberon. Quand il eut l'âge d'une alimentation solide, il refusait de manger et rejetait tout ce qui n'avait pas une consistance de bouillie, et même celle-ci devait lui être ingurgitée de force. Grâce à l'influence de la nouvelle nurse il fit quelques progrès dans ce domaine. Mais bien que, à certains égards, il y ait eu une amélioration, les troubles restaient inchangés dans le fond. Avec elle, comme avec n'importe

qui, il ne put établir de contact affectif. Ainsi ni sa tendresse, ni celle de sa grand-mère n'ont réussi à compenser le manque de relations objectales.

Je trouvai que les motivations de l'inhibition du développement de Dick résidaient dans l'échec des tous premiers échelons de ce développement. Dick présentait une complète et apparemment constitutionnelle incapacité du moi à tolérer l'anxiété. Très tôt la génitalité est intervenue et provoqua une identification exagérée et surtout immature avec l'objet attaqué d'où la défense immature contre le sadisme. Les premières tentatives pour établir des rapports avec la réalité ont laissé leurs marques sur un point qui isolé ne pouvait pas constituer la base de sublimation ultérieure. Il s'intéressait aux trains, aux gares et aussi aux poignées de porte, aux portes, à l'ouverture et à la fermeture de celles-ci. Tous ces points avaient une origine commune : ils avaient une relation avec la pénétration du pénis dans le corps de la mère et à ce qui lui arriverait après l'avoir fait. La défense contre ses impulsions sadiques le rendait absolument incapable d'aucun acte d'agression (refus de mordre les aliments), incapacité aussi de saisir des couteaux, des ciseaux, ou des outils. Les mêmes défenses étaient un obstacle fondamental au développement normal. Elles ont abouti à l'arrêt de la formation des symboles. Le développement ultérieur de Dick fut assombri par l'impossibilité de transférer dans ses phantasmes ses relations sadiques avec le corps de sa mère.

Un seul point cependant était centre d'intérêt pour lui : les trains. Ce qui permit le début du traitement analytique, puis de proche en proche, réveillant une anxiété péniblement maintenue, d'obtenir une détente, puis la guérison.

Nous conseillons aux lecteurs de se référer au texte de Mm. M. KLEIN ne pouvant ici reprendre en entier le compte-rendu de l'analyse de cet enfant. Ce qui nous intéresse ici c'est :

1° L'observation d'un enfant traité par M. KLEIN et guéri par elle.

2° Le fait que le comportement de cet enfant évoque indubitablement le diagnostic de schizophrénie infantile. Un médecin qui l'avait vu auparavant, avait posé le diagnostic de démence précoce (M. FORSYTH).

Absence d'affectivité et d'anxiété. Perte de contact avec le réel, désintérêt. Perte du contact affectif. Négativisme et suggestibilité. Stéréotypies — persévérations.

Mais : il n'y avait aucune lésion, aucune maladie organique ; il s'agissait d'une inhibition du développement, d'une fixation à un stade et non d'une régression, et M. KLEIN sans vouloir s'engager pose cependant :

- que la démence précoce est exceptionnelle chez l'enfant ;
- que par contre la schizophrénie infantile est très fréquente ;
- qu'il s'agit d'une psychonévrose dont le développement ultérieur de l'enfant peut avoir raison mais qui dans certains cas empêche toute adaptation ultérieure.

OBS. 20. — SANTE DE SANCTIS, 1908. — M..., âgé de 3 ans. — Sa mère eut 9 grossesses et malgré 3 avortements, 2 enfants morts peu de temps

après la naissance, il faut exclure la possibilité de syphilis. Le père était peut-être alcoolique.

Le premier développement fut normal. Le 22 février 1907, l'enfant fut victime d'un accident lamentable, elle courait le risque d'être écrasée par un tramway, sa mère se précipite pour l'écarter du danger et ce fut elle qui fut écrasée. B... fut donc témoin de cette scène : sa mère écrasée, emmenée sur un civière, les cris de la foule, etc... Dès lors orpheline, elle fut admise dans une institution. Le médecin qui l'a alors soignée, a constaté un état de tristesse, de dépression et l'envoya à Sante de Sanctis. Celui-ci vit l'enfant à 3 reprises, d'avril à juin 1907. Il n'y avait eu ni convulsion, ni aucun trouble auparavant ; mais la fillette changea de comportement et bientôt apparurent : — des troubles du sommeil ; — une hypertonie des membres inférieurs ; — une augmentation des réflexes ostéotendineux ; — conservation des réflexes pupillaires ; — un état de catalepsie très marqué. De plus, toutes les réactions semblaient ralenties, mais il n'y avait ni ataxie, ni paralysie. Négativisme, tendances aux stéréotypies tout particulièrement dans ses jeux ou dans des crises de larmes. Etat d'apathie, de stupeur légère.

Le diagnostic de démence précocissime fut confirmé par l'installation d'un état de catatonie avec conservation des attitudes, négativisme et suggestibilité. Ce diagnostic ne fut affirmé par l'auteur qu'après une observation suffisamment longue pendant laquelle l'état est resté inchangé, tendant plutôt à s'aggraver.

Obs. 21, Démence de Heller (ZAPPERT). Résumé. — P... A..., fils de médecin, fut amené à l'âge de 4 ans pour des « modifications du langage ». L'enfant qui parlait normalement auparavant s'est mis à moduler des phrases tantôt chantantes, tantôt sur un ton interrogatif et par ailleurs a tendance à répéter les questions qui lui sont posées (écholalie). Simultanément il était devenu plus agité (?), plus difficile à élever (?) disaient les parents. Zappert fit alors le diagnostic d'hystérie et porta un pronostic favorable.

Trois mois plus tard (il y avait eu entre temps la fin de la guerre et le retour du père qui avait repoussé au second plan les préoccupations données par l'enfant), lorsque l'auteur revit l'enfant, celui-ci présentait un langage très altéré. Il ne faisait plus usage que de quelques mots sans tenir compte de leur sens, restait des heures entières sans parler. Par contre, il fredonnait surtout des petites mélodies, mais une détérioration mentale grave était évidente.

Agité, indifférent, il criait lorsqu'on essayait d'arrêter ses mouvements ou quelqu'autre activité.

Coléreux, inintimidable, il ne jouait pas ou quelques fois d'une manière stéréotypée, tournant les pages d'un livre pendant de longs moments. Il était aussi sujet à d'« effroyables hallucinations » (?) qui s'exprimaient dans des crises d'anxiété par des phrases telles que « le loup vient ». Du point de vue somatique, aucune anomalie, son visage restait expressif et intelligent.

L'évolution se fit vers un état de démence (Verblodung) complète avec perte totale du langage, tenue malpropre, ne s'alimentant plus seul, bien que son appétit fut excellent.

OBS. 22. — Démence de Heller. — Publiée par ZAPPERT, 1921. — J.P., fils de parents arméniens.

Naissance et premier développement normal. Vers la fin de la troisième année, à la suite d'une crise (?) qui ne se traduisit d'abord par aucun trouble, transformation du psychisme. État de confusion hallucinatoire, avec anxiété. L'enfant ne veut plus rester seul, ni sortir seul, pleure et crie dans la rue, se jette par terre, se construit un langage propre en modifiant les mots, puis ne parle plus du tout. Hospitalisé, il reste agité, dort mal, refuse de s'asseoir, court sans arrêt autour de la pièce, ne parle pas, mais chante des bribes de mélodies dont il traduit le rythme par des mouvements du corps. N'utilise plus ses jouets de façon normale en dehors d'un ballon qu'il jette tout autour de la pièce en éclatant de rire.

Plus tard, il se calme, s'assied pendant de longues heures, inactif dans un fauteuil. Il devient encoprétique. Il est impossible de le faire parler.

Il semble parfois terrorisé de quitter sa chambre pour sortir dans le jardin. Puis il s'habitue à la religieuse qui s'occupe de lui et la suit pas à pas. Son état reste ensuite stationnaire.

OBS. 23. (In : Les démences infantiles de CLAUDE, HEUYER et LACAN). — G... Jacques, âgé de 10 ans et demi se présente dans un état dementiel dont les particularités sont caractéristiques.

Il entre, indifférent à l'entourage, s'assied à l'ordre, et prend peu à peu une attitude plicaturée, la tête près des genoux, les coudes collés au corps, qu'il gardera pendant toute la présentation, jusqu'au moment où sollicité, il quittera cette attitude et sortira avec la même indifférence. Mutisme complet, sourire étrange, inexpressif, figé, alternant avec une mimique anxieuse, discordante, sur un visage d'une grande joliesse de traits.

Les mouvements spontanés sont hésitants, craintifs, inhibés aussitôt qu'ébauchés. Il tâte les objets comme au hasard, parfois les flaire, s'y revenant, ne paraît pas les reconnaître. Dans la marche, s'interrompt, rebrousse chemin. Balancement constant des membres supérieurs.

Mouvements commandés : obéit à quelques personnes pour des ordres simples mais, inhibé fréquemment, présente typiquement le signe de la poignée de main de Jacquin.

Les mouvements imprimés rencontrent de l'opposition. Celle-ci cède parfois et l'on peut constater l'absence du signe de la roue dentée, mais une certaine hypertonicité avec un très léger ressaut à la fin du mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras. Depuis un mois, apparition de quelques signes catatoniques et particulièrement d'une nette conservation des attitudes. L'échonomie existe depuis au moins six mois. Très facile à obtenir maintenant, elle permet de constater l'absence de dysmétrie, d'adiadoconinésie, et même de troubles de l'équilibre statique (se tient sur un pied).

Légère hyperréflexivité tendineuse. Pas de signe de Babinski. Pas de trouble de la convergence oculaire, ni de la motilité, si ce n'est un léger strabisme externe qui se marque par intermittence et qu'on nous affirme être congénital. Incontinence permanente des urines et des matières. Pas d'état saburral de la langue. Pas de sialorrhée. Dans le sang, Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : hypertension : 48-27 (assis). Albumine : 0,12. Sucre : 0,65. Leu-

cocytes : 2. Réaction du benjoin : 00000.02200.00000. Bordet-Wassermann : négatif. Bon état physique. Développement corporel moyen. Implantation basse des cheveux. Oreille irrégulière, asymétrique, décollée à gauche avec tubercule darwinien bilatéral et accollement des lobes. Axyphoïdie. Développement génital normal.

Evidemment pétro-mastoïdien à droite. Du même côté, cicatrice opératoire pré-sterno-cléido-mastoïdienne de 10 cm. environ.

Histoire de la maladie : Anamnèse par la mère. Né à terme, 4 kg. 500, accouchement normal. Première dent : 6 mois. Marche : 17 mois. Premières paroles : vers 18 mois. Petites phrases vers deux ans et demi. Propre à deux ans. Un frère bien portant, de six ans. Pas de fausse couche. Mère bizarre.

Broncho-pneumonie à trois ans. Rougeole suivie de mastoïde à six ans. A la suite de celle-ci, période fièvre élevée, inexpiquée d'abord (on pense à l'appendicite), qui se résout, dit la mère, par « l'opération de la jugulaire ».

Il apparaît, quand on interroge de près, que l'enfant n'avait jamais été en avance dans ses classes. Mais, durant les mois qui ont précédé la maladie « il s'était bien rattrapé », succès éphémère, sur lequel la mère insiste pour marquer son contraste avec la déchéance mentale qui a suivi.

L'invasion catastrophique des troubles est située par elle en février 1932, et précédée d'un épisode infectieux très limité, qualifié de grippe.

En réalité, les réactions étranges étaient apparues quelque six mois auparavant. La situation familiale était troublée par la présence d'un tiers qui occasionnait de violentes scènes de jalousie de la part du père. L'enfant, alors âgé de huit ans et demi, en est affecté avec une intensité qui paraît au-dessus de son âge. En même temps, il montre des impulsions violentes d'une absurdité évidente (sans provocation, projette au loin divers objets appartenant à sa mère). Marque dans ses propos une désaffection tout à fait discordante pour ses grands parents maternels qu'il aimait beaucoup jusqu'alors. Mais se montre brillant à l'école. Ce n'est qu'en février 1932 qu'il doit la quitter quand apparaît le cortège de troubles mentaux où son entourage reconnaît la maladie.

Point remarquable, le début clinique est de nature délirante. Anxiété extrême. Insomnies. Etats oriniques : voit un œil derrière les rideaux ; visions d'enfer, proches de lui ; entend des choses qui lui font peur, sur l'ogre : « ce n'était pas sa mère qui lui en parlait, mais lui-même ».

Mais, surtout, idées hypocondriaques, avec conscience d'être gravement atteint : se regarde dans la glace, se trouve jaune, dit qu'il est atteint du même mal qu'un sien cousin post-encéphalitique avéré, qui présente un spasme de torsion. D'autre part, thèmes d'interprétation typiques : on le suit, on fait des réflexions sur lui dans la rue, l'épicier lui en veut ; l'enfant a peur de rester dans une pièce. Crises de violence, coups de poing à sa mère et à son frère : crise de larmes où il répète qu'il ne veut pas mourir. En même temps, imitation pithiatique de la contracture de son cousin. Celui-ci présente des troubles moteurs post-encéphalitiques depuis deux ans, avec intégrité intellectuelle ; il est en contact fréquent avec l'enfant qu'il aide à faire ses devoirs, et à qui il apprend le violon.

On note alors chez notre malade un amaigrissement bientôt suivi

d'une reprise de poids, quelques céphalées, ni vomissements, ni diplopie, ni somnolence, ni crises convulsives, ni fièvre, ni autre phénomène méningé. L'enfant disait qu'il avait « du sable dans les yeux », c'est tout ce qu'on trouve comme trouble de la vue. On lui fait alors une série de sulfarsénol qui entraîne une agitation extrême et qu'on interrompt.

En mai 1932, la mère consulte l'un de nous ; les diagnostics de confusion, de pithiatisme, de démence précocissime, sont discutés. On note une agitation anxieuse, des plaintes, des lamentations, l'enfant s'accroche à sa mère, résiste, grimace, s'immobilise tête baissée, présente de fréquents mouvements de succion. Son état mental est pourtant tel qu'il permet l'examen aux tests de Binet et Simon, qui révèle un retard mental de deux ans.

Aucun signe neurologique, tachycardie. Admis 15 jours après à la Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie infantile et mis à l'isolement ; il présente alors des tics incessants, particulièrement des mouvements de grouin, un état hypomaniaque qui a décidé son admission à l'asile. Il a fait plusieurs tentatives de fugue, et a été retrouvé une fois sur le quai d'une gare.

Il présente dans le service des alternatives d'excitation avec anxiété extrême et cris et de stupeur indifférente. Mis au gardénal, il dort bien. A des crises de gloutonnerie. Impulsions extrêmement brusques à la fuite (saute par une fenêtre du rez-de-chaussée), détériore et brise les objets.

Obéit aux ordres simples, présente un mutisme qui cède quand on le contrarie, répond le plus souvent par des grognements ou par des tics exécutés en guise de réponse et en regardant l'observateur. Mis en présence de sa mère, il dit : « c'est une dame », pourtant la reconnaît, malgré l'absence apparente de toute émotion. Dans le cabinet d'examen, inspecte inquiètement tous les recoins et les placards. Inattentif à sa toilette, gâteux, le surveillant note : « des moments d'enjouement et de gaieté extraordinaire » et des « attitudes de frayeur et de souffrance ».

Une amélioration sensible permet de le rendre deux mois, lors des grandes vacances, à sa famille. Il s'y montre calme, mais inactif, décousu, partiellement désorienté, à demi-muet ; vagues occupations, joue pourtant correctement avec son chemin de fer d'enfant, ne s'intéresse en outre qu'aux évolutions des trains sur la voie proche, évolutions qu'il va guetter sur un pont qui la franchit, sans faire au reste aucune tentative inquiétante.

On le ramène en novembre à l'un de nous, qui, devant son état nettement aggravé, porte le diagnostic de démence précocissime. Certaines modifications épisodiques apparaissent dans son état, les tics disparaissent, mais l'enfant s'enfonce dans une attitude de plus en plus monotone de démence hébéphrénique. Après une courte période d'amaigrissement, il se stabilise dans un engraissement relatif. Les traitements sont inactifs. Une fois encore, on constate un tremblement spécial des doigts « roulant des pilules ». Auscultation et radio du thorax négatives. A peu de chose près, le malade est fixé depuis six mois dans son état actuel.

OBS. 24. — (In : *Les démences infantiles*, de HEUYER, DUBLINEAU et Mme MORGENSTERN). — Le 26 décembre 1931, Mme T... amène à notre

consultation son fils Sylvain, âgé de dix ans. La mère est très inquiète de l'état mental de son enfant, dont les bizarreries, l'instabilité, les impatiences, la totale inaffectivité, les préoccupations macabres, s'accompagnent d'anxiété et font redouter les vellétés de suicide.

La mère, dont l'état psychique est apparemment normal, a perdu un frère en bas âge et a fait une fausse couche de deux mois il y a quatre ans. Plus chargés sont les antécédents du père : lithographe, fils d'alcoolique, il est seul survivant de cinq enfants (deux frères morts en bas âge, une sœur dystrophique morte de suite de couches, un quatrième frère, très imaginaire, bizarre, a été condamné à la relégation après une vie mouvementée et plusieurs condamnations. Il est actuellement disparu. Une réaction de Wassermann pratiquée chez le père, il y a quelques années, a été faiblement positive.

Sylvain a un frère cadet de dix-neuf mois, bien portant.

Né à terme, il a eu sa première dent à sept mois, a marché à seize mois, dit ses premiers mots à huit mois, ses premières phrases à quinze mois, il fut propre à vingt mois.

Il eut la coqueluche à cinq ans, la rougeole à sept ans. A trois et sept ans, on lui enleva les végétations. Il n'a jamais eu de convulsions, jamais aucun signe d'encéphalite, en particulier, aucun signe oculaire.

Envoyé à l'école, il y a quatre ans et demi, il y fut remarqué par la précocité de ses facultés, très affectueux, paraissant doué pour la musique, il faisait la joie de ses parents. A huit ans, en quelques mois, la situation se transforma : perte de la première place en classe, régression progressive, mauvaise conduite à l'école (bavardage, turbulence). Tels furent les premiers signes. Puis se manifestèrent :

1° Un arrêt du développement psychique, bientôt suivi de retour en arrière pour certaines matières scolaires, une réduction de la curiosité pédagogique, contrastant avec une orientation nouvelle de l'activité psychique ;

2° Une réduction progressive de l'affectivité, allant jusqu'à l'affirmation péremptoire d'une inaffectivité totale à l'égard de sa mère, avec esprit d'opposition systématique, élans affectifs paradoxaux par intervalles, égale insensibilité aux punitions et aux récompenses, jalousie à l'égard du petit frère-né entre temps ;

3° Des troubles du comportement : une instabilité psycho-motrice, un besoin constant de se lever et de s'asseoir, de l'inattention, des flâneries dans les rues, à la limite du vagabondage ;

4° De petites perversions : falsifications du carnet de notes pour obtention des récompenses pécuniaires promises, petits vols répétés à l'école, chez lui et dans la rue (menus objets, argent).

5° Enfin, et surtout, des éléments imaginatifs à type de rêverie morbide, cherchant ses thèmes dans une symbolisation des êtres et des choses, dans les introspections compliquées, des cogitations bizarres, des propos désabusés et indifférents sur la vie et la mort.

Dès sa première enfance s'était révélée une certaine tendance à la poétisation et au symbolisme. L'enfant ne désignait les personnes de son entourage que sous des noms de fleurs ou d'animaux divers. Il changeait le nom des objets familiers. De plus en plus il parut se complaire à ce jeu, cherchant finalement, pour appeler son petit frère, des vocables complexes et bizarres dans lesquels la psychanalyse peut

trouver matière à interprétations et commentaires : « petit morceau bien sec, birboumlette assagie, berloumlette la vaca, elibirloum, sterlobom, tartabadoum, hygiénie, vieux matéchiquessi, etc... ».

Actuellement, il se contruit de véritables petits romans, tantôt il est général. Il est arrivé une fois effrayé près de sa mère, disant qu'il allait y avoir la guerre, il s'est mis en colère en la voyant sourire. Tantôt, et le plus souvent, il se dit grand patron d'une carrière avec des ouvriers, des machines. Les objets les plus humbles (boîtes à sardines) lui servent à symboliser ses fictions. Il s'occupe avec les ouvriers de sa carrière imaginaire. Il fait preuve d'inventivité d'esprit, de recherche, contrastant avec le désintérêt manifesté pour l'existence.

Il est difficile de savoir si le roman prend son origine dans le rêve nocturne. L'attitude est constamment ambivalente et contradictoire, faite de confirmations et de reprises immédiates. L'adhésion aux thèmes paraît n'être que de surface, même extemporanée, détruite aussitôt par une phrase désabusée ou un démenti moqueur. Néanmoins persistent réellement de vastes projets s'extériorisant en présence de camarades qu'il recherche volontiers parmi les enfants plus âgés que lui. Par moment, l'enfant prend des attitudes interrogatives inquiétantes. Un jour, il demande à sa mère ce qui arriverait s'il enfonçait une épingle dans le cerveau de son frère : « la pire des choses que le bon Dieu fait, c'est la vie », soupire-t-il, ajoutant que s'il voulait, il pourrait bien se tuer, qu'il sait bien comment il faut s'y prendre, et : « souffre-t-on beaucoup quand on se jette sous un train ? ». Récemment, la mère le surprit debout sur la fenêtre au second étage tenant son jeune frère dans les bras.

Tous ces troubles sont allés en s'amplifiant depuis le début de 1931. Vers Pâques de la même année, l'enfant paraît avoir présenté, pendant quelques jours, deux petits accès d'excitation. Le premier, agitation psycho-motrice désordonnée et cris, le deuxième, avec un état confusionnel transitoire, incohérence des propos, tous phénomènes qui disparurent sans laisser de trace et dont lui-même prétend actuellement ne pas se souvenir.

Retiré de Pécole à cette date, l'enfant reste à la maison, s'abandonnant désormais à son état de rêverie et d'opposition. Un traitement spécifique (sulfarsénol et bismuth), prolongé plusieurs mois à l'hôpital Saint-Joseph, fut sans action. Une ponction lombaire, pratiquée en avril 1931 avait donné un résultat négatif, la réaction de Wassermann dans le sang, un résultat douteux.

C'est dans ces conditions que nous avons eu l'occasion d'examiner l'enfant et de l'observer dans notre service.

A l'entrée, deux faits sont manifestes : d'une part, le niveau mental est supérieur à celui d'un sujet de son âge, avec réussite de plusieurs tests de douze et quinze ans dans l'échelle de Binet-Simon.

D'autre part, la présentation de l'enfant se caractérise par de l'aisance, un langage maniéré, recherché, non dénué d'élégance. Utilisant volontiers les mots abstraits Sylvain nous parle de ses préoccupations et de ses inquiétudes : « je ne sais pas ce qui se passe, je ne peux pas définir, je suis partagé entre l'inquiétude, l'invention et la recherche du bonheur ». Il ne peut rien préciser, tout lui est égal. Il ne sait qu'une chose, c'est qu'il est « maboul », qu'il est « atteint de maboulisme aigu ». « Qu'importe la vie dans ces conditions ». Il est fuyant, insaisissable, évite les réponses par une attitude interrogative.

Contrastant avec cette recherche tourmentée, on constate chez cet enfant un pragmatisme restreint, une bizarrerie des occupations : confection d'un alphabet secret avec méditation sur la constitution et le groupement des lettres, elles-mêmes compliquées dans leur dessin, élaboration de plans dans lesquels l'enfant se complait, s'amusant à en préparer deux, un vrai et un faux, pour donner le faux le cas échéant et trouver du plaisir dans cette substitution.

Le surveillant du Centre d'Observation note chez lui : « une imagination désordonnée et portant sur les sujets les plus extravagants et les plus puérils, est toujours exagérément en éveil, qu'il travaille, qu'il joue, qu'il mange ; il est continuellement absent, aucune suite dans les idées. Si on le laisse aller à raconter ce qui lui passe par la tête, il imagine avec exubérance les choses les plus fantastiques et au-dessus de ce qui peut sortir du cerveau d'un enfant de son âge... Légère tendance à la désobéissance et à la malice. Le travail et les aptitudes scolaires sont médiocres, l'enfant semble avoir perdu sur ce point ».

Au cours de nombreuses conversations que nous avons eues avec lui, Sylvain a modifié légèrement sa présentation. Ce n'est plus l'enfant inquiet du début, mais surtout un instable, fantasque, bizarre, moins impulsif, se plaignant par intervalles seulement au récit de son roman. Surtout, on note chez lui un désintérêt profond, une incurie. S'il garde et exprime toujours l'impression d'être anormal, il n'en tire aucune conclusion, ne s'affecte pas de la prolongation de son séjour loin de sa famille. A l'égard de cette dernière, il fait montre de moins d'hostilité que d'indifférence. L'inaffectivité pour la mère, hautement affichée lors de son entrée et non influencée alors par la vue du chagrin causé par son attitude, a fait place à quelques démonstrations dans l'ensemble platoniques. Au total, on note chez lui un désintéressement certain. Des conversations psychanalytiques auxquelles il a été soumis par Mme MORGENSTERN, il semble qu'on doit retirer la coïncidence de l'apparition des troubles avec la naissance du frère cadet. Le comportement de l'enfant paraît indiquer une jalousie partiellement inconsciente à l'égard de ce dernier. Mais surtout, dans l'étude psychanalytique, ce qui nous paraît intéressant de noter, c'est que conformément à la méthode employée par Mme MORGENSTERN, l'enfant s'est beaucoup servi du dessin pour exprimer ses préoccupations. Or, il y a dans ces dessins des outils, des machines qui servent aux ouvriers à extraire le sable et les pierres, etc... Il a fait un grand nombre de dessins qu'il a ensuite interprétés et dont quelques-uns sont par eux-mêmes suffisamment descriptifs pour se passer de commentaires.

L'examen somatique montre un développement général satisfaisant. Il n'y a pas de troubles neurologiques, les dents sont anormalement écartées mais régulières. Du visage qui ne manque pas de grâce, se dégage, peut-être par suite d'un certain degré d'exophtalmie, une impression de bizarrerie et d'étrangeté. La circonférence céphalique est de 0 m. 55, c'est-à-dire un peu trop forte pour le corps, le Wassermann qui s'était montré douteux il y a quelques mois, est actuellement négatif.

L'examen oculaire, pratiqué par M. le Docteur Dubar a montré une acuité visuelle normale, mais une paralysie de la convergence et de la diplopie dans la vision rapprochée. M. Dubar, après l'examen oculaire, a formulé l'hypothèse d'une encéphalite. L'absence de tout antécédent et de tout autre symptômes neurologique nous oblige à faire des réserves sur cette étiologie.

Depuis sa présentation, Sylvain a été suivi. Isolé pendant plusieurs mois du milieu familial et soumis régulièrement à l'investigation psychanalytique et à un traitement spécifique, il s'est progressivement amélioré. En particulier la conviction délirante a disparu. L'enfant a commencé à critiquer son état, toujours avec la même recherche un peu précieuse. Surtout, l'affectivité pour la mère a réapparu. Rendu à sa famille au bout de six mois environ, tout en continuant à être suivi, il a pu retourner en classe et s'y retrouver en bonne place. Deux ans après sa sortie, il continuait à paraître absolument normal, il peut être considéré comme guéri de son état psychopathique. En particulier les tests donnent chez lui des résultats satisfaisants au double point de vue quantitatif, et qualitatif.

Ce cas intéressant prêtait aux commentaires suivants dont nous avons fait suivre la présentation du sujet :

« De l'ensemble de cette observation, plusieurs faits se dégagent : la régression pédagogique, la réduction affective, les troubles du caractère et du comportement, l'activité imaginative auxquels s'ajoutent la bizarrerie, la discordance, le désintérêt, l'opposition systématique. De plus, nous devons noter l'évolution de petites bouffées transitoires, vraisemblablement délirantes, qui signalèrent à la famille le caractère pathologique des troubles.

OBS. 25. E. AUBRY. — *Encéphale*, 1910, p. 274. — Lucien R... est entré à Maréville en septembre 1903, à l'âge de sept ans. Le père voyageur en spiritueux, est alcoolique. La mère est irritable et émotive, sujette à de grandes crises hystériques et à des accès de colère ; une de ses sœurs a été « folle d'amour » et a été internée. Enfin, une grand'tante maternelle est morte âgée, en démence. Lucien est le dernier né de trois enfants ; l'aînée, née avant terme, eut la chorée à onze ans ; le deuxième souffre de ganglions tuberculeux.

Il est né à terme et s'est développé rapidement. Très éveillé, s'intéressant à tout ce qui se passait autour de lui ; c'était un enfant avancé, surtout pour le langage, qui était développé « de façon extraordinaire ». Rougeole et varicelle au cours de la deuxième année, mais sans délire et sans suites apparentes. Quelques habitudes d'onanisme à trois ans. Il fréquente l'école de bonne heure et avec succès. « A quatre ans, dit l'instituteur, il était très robuste et paraissait avoir deux ans de plus que son âge ». Au point de vue de l'intelligence, il était l'enfant le plus avancé de l'école, très curieux ; on était obligé de le faire taire, il poussait à bout par ses questions et voulait tout savoir. Il a su très vite lire et écrire, faisant à six ans les opérations élémentaires de l'arithmétique, comptant bien et vite, montrant beaucoup d'idée dans tout ce qu'il faisait, dessinant sans cesse ce qu'il voyait : maisons ou animaux ». Cependant, malgré ce développement précoce, R... aux yeux de ses parents, différait des autres enfants ; il était difficile, grincheux et brutal avec ses petits camarades.

A quatre ans et demi, frayeur occasionnée par une chute sous les pieds d'un cheval, sans blessure sérieuse. Cet accident fut suivi d'une longue crise de larmes et d'une augmentation de l'irritabilité naturelle de l'enfant. Le sommeil devint irrégulier, entrecoupé de cauchemars terrifiants et de visions menaçantes. R... criait, se blotissait contre sa mère et lui demandait de chasser des bêtes et « l'homme » qui était près de son lit. Malgré tout, cependant, il quitta l'école maternelle à six

ans pour entrer à l'école primaire et continua à apprendre facilement pendant les premiers mois ; puis l'instituteur se refusa à le garder, tant il était devenu violent, grossier et inattentif. Il frappait ses voisins sans provocation, les insultait et refusait d'obéir au maître. Dans sa famille, il mangeait irrégulièrement, parlait seul, levait le poing, crachait par terre, criait : « ferme ta boîte... fumier... je vais ouvrir la panse à tous », paraissant alors sous l'influence de véritables hallucinations de la vue, de l'ouïe et du goût. Vers la septième année, il était devenu tout à fait insupportable, à tel point que les voisins, las des scènes brutales et bruyantes dont ils étaient les témoins quotidiens, adressèrent une plainte au commissaire de police. Placé dans un hospice pendant huit jours, il ne put être gardé en raison de son agitation « furieuse » ; le médecin de la maison ne put en obtenir une seule parole raisonnable et dut avoir recours à la camisole pour le maintenir. Il fut en outre impossible de l'alimenter. C'est alors que R... fut transféré à Maréville en septembre 1903. Au moment de l'entrée, R... présentait un faciès inerte et indifférent, avec parfois quelques grimaces sans signification apparente. Quand on l'approchait, il tournait le dos de côté, refusait de répondre et regardait en clignant des yeux. Ne mangeait pas au moment des repas, puis prenait quelques friandises à ses voisins et mangeait miette par miette. Si un enfant l'approchait, il lui lançait un coup de pied. Pendant près d'un an, cet état s'est maintenu avec un mutisme presque absolu ; de temps à autre, il riait avec effort ou lançait des insultes. Aux jours de visite, il ne regardait pas sa mère, ne lui disait pas un mot et refusait d'accepter les gâteaux qu'elle lui apportait.

Au point de vue physique, c'était alors un enfant bien développé mais sans aucun signe de puberté précoce ; les organes génitaux étaient petits, glabres et en tous points semblables à ceux d'un enfant de son âge. Quelques signes physiques de dégénérescence. Apyrexie (température évoluant entre 36 et 37,4), absence absolue de convulsions et de troubles paralytiques, exagération des réflexes tendineux, diminution de la sensibilité, pupilles inégales, très dilatées, à réactions lentes. Dermographisme.

Un an après, R... devint peu à peu plus facile, tout en s'alimentant très irrégulièrement. En janvier 1906, il se laisse examiner. Il est alors assez confus, mais fait quelque effort d'attention et répond avec des rires continuels, des grimaces et un retard prolongé. Le vocabulaire est assez riche, la voix est scandée et monotone. On trouve des hallucinations très nettes, « c'est des voix qui disent : on va t'empoisonner... c'est du poison... il ne faut pas manger ça... et puis il y a des gens qui courent derrière moi très vite... c'est des hommes ». Après cette rémission se produisent de nouvelles périodes d'agitation et de confusion, avec mutisme absolu et réactions secondaires à des hallucinations et des idées de persécution. Insultes lancées d'une voix brève, violences et refus absolu d'alimentation, à tel point qu'en doit employer la sonde œsophagienne pendant six jours, en mars 1906.

De mars à juillet 1906, période de confusion et d'hébétéude, bouche grande ouverte, salivant sur la poitrine, quelques explosions de rire. Le 7 juillet, subitement, parle gaïement pendant quelques minutes à l'infirmier, lui demande à manger et à aller dans la cour, puis retombe dans le mutisme.

En novembre 1906, faciès indifférent, demi-sourire continu, cligne-

ment d'yeux, suit les autres enfants du quartier sans prendre part à leurs jeux, laisser tomber son pantalon, urine sur ses genoux en riant. Répond la tête toujours de côté et de façon ridicule : « j'ai six ans... je suis ici depuis cent ans... je n'ai pas de parents... si, j'en ai six... ». Lui demandant pourquoi il rit, répond : « je ne rigole pas... je rigole parce que je dis nom de Dieu et que les gosses ont des habits ». Refuse toujours de manger à table avec les autres, n'accepte pas de friandises et ferme la main de façon à ne rien recevoir.

Hippus des deux pupilles très accusé, réflexes rotuliens exagérés, marche lente. La ponction lombaire permet de recueillir un liquide clair, sortant goutte à goutte et sans élément figuré.

3 avril 1907. — Depuis trois semaines, R... est gai, plaisante, joué avec vivacité, mais ne s'intéresse pas à sa famille, qu'il quitte aussitôt venu les jours de visite, pour retourner à ses jeux ; paroles grossières à tous propos. Répond comme un petit enfant, ne prêtant que peu d'attention, courant et regardant partout, est conscient de sa maladie, se rappelle avoir été nourri à la sonde, n'en donne aucune autre explication que : « je ne voulais pas manger ». La mémoire est bonne mais les acquisitions antérieures, lecture et écriture sont en voie de disparition. R... reconnaît les lettres et les chiffres, mais avec des erreurs fréquentes, épelle mal et n'écrit que quelques lettres.

En juillet, R... est rendu à sa famille ; il est actif, curieux, s'intéresse à tout ce qu'il voit, pose des questions continuelles et demande des livres. Aucune hallucination ne subsiste. Malgré cette grande activité intellectuelle, les sentiments affectifs n'ont pas reparu. L'attitude est encore bizarre par la persistance des grimaces et des accès de rire.

Cette pseudo-guérison ne dura pas ; après une semaine de calme, R... eut un nouvel accès d'agitation avec délire hallucinatoire et violences, et dut être replacé à Maréville. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis deux ans, R... a l'aspect démentiel, gâte presque chaque jour, se barbouille avec ses matières, bave sur ses vêtements qu'il déchire et dont il mange les lambeaux. Il s'accroupit dans un coin, les mains dans les poches, la face inexpressible, agitée de mouvements des yeux et des lèvres. De temps à autre, il a un accès d'agitation de peu de durée, court en cercle, frappe les autres enfants, parle seul et insulte, attestant ainsi qu'il est encore sous l'influence d'hallucinations auditives. Il ne répond que quelques mots : « oui... non... je ne sais pas... » ou rit et détourne la tête quand on lui adresse la parole.

Il a actuellement douze ans et aucun signe de puberté ne s'est manifesté ; les organes génitaux sont restés infantiles, la taille s'est peu accru et le développement général a été retardé (taille : 1 m. 39, poids : 32 kg. 500). La ponction lombaire pratiquée à nouveau n'a montré ni excès de pression, ni élément figuré.

Les signes physiques sont restés stationnaires : mydriase habituelle avec mouvements rapides des pupilles sous l'influence de la lumière et de l'accommodation, exagération des réflexes tendineux, diminution de la sensibilité, les extrémités sont froides et cyanosées, dermatisme très accentué.

Obs. 26. D'après NICK WAAL (1947). — Cette étude rapporte un cas psychopathologique débutant chez un enfant de deux ans et demi et se développant rapidement. Les troubles deviennent aigus vers l'âge de 4 ans, l'enfant fut mis en observation et traité à l'âge de 5 ans et demi.

Il eut une rémission complète après 6 mois de traitement, mais fit une rechute au bout de 6 autres mois, pendant laquelle son état fut moins grave que lors des premiers troubles. A l'âge de 9 ans il fut envoyé dans un asile et y resta jusqu'à maintenant, c'est-à-dire jusqu'à 18 ans ; son état est caractéristique de la schizophrénie.

Il eut un oncle schizoïde, deux cas de schizophrénie dans sa famille maternelle. Son père est un rétracté, calme, passif. Sa mère une hystérique nerveuse de tempérament artiste, instable, dominatrice. Durant les premières années de la vie de l'enfant la mère fit de nombreux voyages, le confiant à des nurses successives.

Naissance normale. L'allaitement fut d'une hygiène et d'une sévérité inhabituelles. Agé de 8 jours il recevait trop peu de lait de femme et fut sevré à 2 mois. Le lait lui était donné à la cuillère. Il criait la majeure partie du temps, probablement à cause de sa sous-alimentation. A 14 mois, mis dans une maison d'enfant, il y fut battu et mis dans une pièce noire. A partir de ce moment il eut de la difficulté à dormir. Au point de vue de la propreté, il fut aussi élevé sévèrement ; au cours de sa deuxième année, il fut battu et probablement terrorisé par une nurse.

Il marche à 1 an mais ne parle qu'à deux ans. Il avait un sens aigu de la musique, il reconnaît les mélodies. Il aime aussi beaucoup dessiner. On ne note dans son enfance que des convulsions survenues à l'occasion d'un rhume. Physiquement il était en bon état et jusqu'à l'âge de 2 ans et demi, semblait heureux et jouait avec d'autres enfants.

C'est après la naissance d'une sœur qu'il devient sauvage, s'isole, pleure et n'a plus que des mouvements stéréotypés. Il a des gestes et des phrases rituelles, il ne peut s'endormir avant d'avoir dit : « le cheval est dans la rue ». Examiné à 5 ans et demi, il se présente avec un faciès fin et intelligent. Son visage exprime par moment une peur panique. Ses pupilles sont en mydriase mais réagissent à la lumière. Sa mimique est maniérée, il grimace, a des sourires immotivés, il a une attitude d'un sentimentalisme théâtral. Il ne répond pas aux questions, est écholalique, il joue seul, interrompant ses jeux, pour dire « per est une vache rouge », il n'a pas de phénomène hallucinatoire. Il est impossible de le tester. L'examen physique est tout à fait normal.

DESCRIPTION SEMIOLOGIQUE DE LA SCHIZOPHRENIE INFANTILE

Nous essaierons ici de rassembler les éléments de la sémiologie de la schizophrénie infantile. Chacun de ces signes pris isolément n'a qu'une valeur diagnostique très relative, et seule leur réunion dans chaque cas prend une certaine importance. Plus utile que cette énumération un peu artificielle est la lecture d'un certain nombre d'observations et mieux encore, l'observation directe de ces cas. Nous ne pouvons que regretter l'impossibilité où nous sommes de rassembler un certain nombre de films de schizophrènes enfants qui, mieux que tout écrit, exposeraient les cas et montreraient le comportement si particulier et les attitudes de ces malades.

AGE ET MODE DE DÉBUT.

L'âge de début est, si l'on en juge d'après les multiples publications, très variable, et l'on peut penser que ces variations dépendent des capacités intellectuelles des parents et de l'intérêt qu'ils portent à leur enfant. En effet, certains remarquent :

- des modifications du caractère, de l'humeur ;
- une indifférence affective ou au contraire une extrême sensibilité ;
- des troubles du comportement, qui leur paraît « bizarre » dès les premières années.

D'autres ne sont inquiets que lors de l'apparition de troubles graves et souvent le psychiatre n'est amené à voir l'enfant qu'à l'âge scolaire.

Nous citerons comme exemple de ce fait le cas N° 1, dont les troubles du développement psychomoteur, du caractère et du comportement, déjà graves n'ont pas inquiété les parents. Ce n'est qu'à l'occasion d'une consultation du médecin de famille que celui-ci conseille un examen neuro-psychiatrique

pour l'enfant, alors âgé de 3 ans. (et lors d'un essai de scolarité à 7 ans, que l'instituteur refusant de le garder, demande une nouvelle consultation. Ces deux examens rapides n'ont pas été suivis de la mise en observation ni des traitements préconisés par le médecin. Il a fallu attendre l'âge de 10 ans pour que le sujet soit hospitalisé. Nous limiterons cette étude aux cas dont les troubles ont débuté avant l'âge de 11 ans.

Il semble qu'il y ait des périodes fécondes en schizophrénies infantiles. La 3^e année, les 5^e et 6^e années rassemblent le plus grand nombre de cas. Cela correspondrait à des phases critiques du développement de l'enfant. L'âge de 3 ans, âge de l'apparition du « je » et prise de conscience du moi en opposition avec le monde extérieur, âge aussi du complexe œdipien.

L'âge de 5-6 ans, âge du début de la scolarité, et de ce fait : âge de la prise de contact avec un monde nouveau (pour certains tout au moins). Age où devient nécessaire un effort volontaire plus considérable, âge aussi où les nécessités sociales peuvent motiver ou révéler les troubles psychiques, soit qu'aux prises avec des difficultés nouvelles, l'anxiété, la crainte d'un échec déclenchent les réactions de défense (replis sur lui-même), soit que ces difficultés révèlent un déficit préalablement existant, mais qui passe inaperçu dans le quotidien de la vie familiale. Nous ferons une catégorie particulière pour les schizophrénies apparaissant vers l'âge de 11-12 ans, car elles appartiennent déjà à la prépuberté et nous les verrons se rapprocher beaucoup plus de la schizophrénie de l'adolescent. Parmi les observations que nous rapportons, l'âge de début s'étale de 18 mois à 10 ans.

Nous ne pouvons donc en tirer d'indications précises et concluons que le début de la démence précoce infantile est de tous les âges et qu'en tous cas il est nécessaire de rechercher par l'interrogatoire des parents la notion d'un changement, d'une « rupture de la ligne de vie » du malade qui pourrait être considérée comme le début de l'affection (LUTZ).

Ce moment, parfois noté par les parents, parfois même remarquable par sa netteté, permettra d'individualiser les débuts brusques. Dans ces cas nous retrouvons souvent un accident somatique qui a perturbé la vie de l'enfant et précédé le développement de la psychose. Ce sont : une maladie infectieuse, la tuberculose et parfois un accident psychologique, un traumatisme affectif (obs. 20) entre autres. Parmi ces débuts

aigus, nous signalerons particulièrement les débuts marqués par un épisode de confusion mentale fébrile soit à l'occasion d'une maladie infectieuse banale, soit sans étiologie connue. Le sujet, après être resté pendant quelques jours ou quelques semaines dans un état de confusion, semble en sortir progressivement, mais soit dès la première atteinte, soit au décours d'un épisode identique ultérieur, l'on se trouve en présence du tableau classique d'une schizophrénie confirmée. Les confusions mentales chroniques décrites par RÉGIS chez l'adulte semblent être des cas analogues, cependant les cas de schizophrénie infantile publiés ou que nous avons pu observer n'étaient pas confus. Bien orientés dans le temps et dans l'espace, leur pensée était floue, décousue, plus que ralentie et pénible, et surtout ils présentent toute la séméiologie physique de la catatonie : maniérisme, parasitisme mimique, rires immotivés, stéréotypies, conservation des attitudes, négativisme et suggestibilité, troubles peu fréquents dans la confusion mentale (1).

Mais souvent le début reste imprécis. Les parents disent que l'enfant a changé progressivement au cours de 6 mois ou une année. Nous parlerons donc de formes à début progressif et de formes dont le début remonte à la toute première enfance et pour lesquelles on discute toujours de savoir s'il s'agit de schizophrénies greffées sur un état d'arriération pré-existant et constitutionnel ou se développant dès les premiers mois.

L'enfant est adressé au psychiatre par l'une des personnes qui ont à s'occuper de lui (parents, assistantes sociales, instituteurs, etc...) pour des motifs divers. Ce peut être pour une indifférence affective souvent précocement remarquée par des parents sensibles aux démonstrations affectives de leur enfant. Dans d'autres cas, surtout actuellement, pour une « paresse rebelle » aux punitions comme à toute tentative évogorative de la part des éducateurs et dont le caractère pathologique est parfois noté. Il s'agit en effet d'une paresse par indifférence (l'enfant ne s'intéresse à rien), elle s'étend non seulement à ce qui demande un effort précis et peut être pénible pour tous, mais aussi à toute activité quelle qu'elle soit, jeux, lectures, etc... Il faut cependant signaler le goût très particulier que ces enfants gardent pour l'expression musicale, et leur sens aigu de l'har-

(1) A l'exception de la catalepsie qui n'est pas rare au cours des épisodes de confusion mentale infectieuse aiguë.

monie. Certains ne se complaisent qu'à écouter de la musique. Parfois aussi pour des troubles du caractère, mais étant donné la banalité de ceux-ci chez l'enfant, il importe de préciser deux cas. Certains évoquent rapidement la schizophrénie, ou tout au moins la schizoïdie : tendance à l'isolement, prédilection pour d'interminables rêveries. L'enfant, tout en continuant à travailler, peut se « retirer du monde ». Au lieu de chercher des camarades, il les fuit, joue seul pendant des journées entières et semble pensif. Toute tentative pour le faire sortir de sa « tour d'ivoire », que ce soit de la part de ses parents ou de ses camarades de jeux, déclenche chez lui des réactions coléreuses violentes.

D'autres troubles caractériels sont plus banaux : opposition, irritabilité, violences élastiques, insubordination, jalousie, crises de colère motivées, tout a été signalé. L'anxiété se traduit souvent par des terreurs nocturnes ou par des troubles d'aspect hystérique, crises névropathiques ou troubles de la parole (cf. une observation de ZIEHEN, démence de Heller). Il faut rapporter ici la possibilité de syndrome hallucinatoire souvent d'aspect oniroïde, au cours de crises d'anxiété paroxysmiques. Mais nous devons insister tout particulièrement sur des épisodes de signification très importante :

- le mutisme d'une part ;
- l'anorexie mentale d'autre part.

Le mutisme chez l'enfant reconnaît des origines multiples en dehors bien entendu de la surdi-mutité : mutismes psychogènes réactionnels à des situations familiales entre autres, mais nous savons que HELLER plaçait au premier plan des troubles de la parole et parmi eux le mutisme comme signe de début de sa démence infantile.

Nous retrouvons ce symptôme très fréquemment au début des cas publiés comme démences infantiles quels qu'ils soient. Souvent aussi un épisode (ou plusieurs) de mutisme a été signalé dans les antécédents. Nous y rattachons les troubles du langage tels que diminution du vocabulaire, bégaiement de signification plus discutable. Parmi les troubles du langage, la transformation du vocabulaire, la création de néologismes si fréquents chez l'enfant normal au cours de ses jeux apparaît souvent au début des schizophrénies, avec une persistance assez particulière. Le langage perd alors sa valeur de contact

social, sa valeur de moyen d'expression, pour devenir un jeu incompréhensible, ésotérique, une activité autistique.

L'anorexie mentale qui, elle aussi, peut relever d'étiologies multiples. Il semble que le pronostic de ce trouble doit être réservé pour l'avenir lorsqu'il survient au début de la seconde enfance.

Enfin la perte de propreté diurne et nocturne.

Mais aucun de ces signes ne permet, s'il est isolé, d'évoquer la schizophrénie infantile, car leur fréquence est grande chez l'enfant, surtout aux périodes critiques (DUBLINEAU), leur association et surtout leur aggravation progressive sera plus alarmante, mais ne permet pas au début d'affirmer un diagnostic aussi grave.

Il nous faut, avant de terminer ce chapitre, évoquer le cas de ces enfants qui, dès leur premier développement, n'ont paru prendre que peu d'intérêt à la réalité (cf. obs. N° 10). Enfants rêveurs qui n'ont jamais joué, disent les parents (mais peut-on se fier à l'observation et aux souvenirs des parents qui recherchent dans les antécédents du développement de leur enfant les premiers signes d'une psychose déclarée et qui finissent toujours par trouver quelque-chose). Ils s'isolent, sont « timides » et « doux », mais négligents, souvent difficiles à alimenter, aimant à parler seuls, à se raconter d'interminables histoires. Il s'agit dans ces cas de tendances caractérielles assez banales, mais dont l'intérêt réside dans le fait qu'ils sont souvent retrouvés dans les antécédents de schizophrènes plus âgés.

PÉRIODE D'ÉTAT.

Quelles qu'aient pu être les modalités du début, brutal ou progressif, précédé ou non de petits symptômes qui ont plus ou moins attiré l'attention des parents sans parfois les inquiéter (car petits épisodes passagers qui se sont ensuite améliorés), l'enfant entre alors dans la période où la psychose ne peut passer inaperçue.

Le tableau clinique peut revêtir plusieurs aspects que nous décrirons séparément pour la clarté de l'exposé, mais après avoir précisé que l'on observe le plus souvent des formes intermédiaires et que ce que nous découvrons correspond surtout à des syndromes qui prédominent dans l'un ou l'autre des cas observés.

Très grossièrement il semble qu'il existe des cas d'évolution

rapide après un début aigu caractérisé par la pauvreté de la symptomatologie et dont le diagnostic avec les états d'arriération intellectuelle ne repose que sur l'importance de la détérioration affective, l'aspect bizarre et surtout les discordances, et des cas d'évolution plus lente caractérisés par l'importance de l'autisme. La tendance à l'isolement, les rêveries sont au premier plan, le sujet semble peu à peu se désintéresser du réel, cet état aboutissant parfois très tardivement à un état de dissociation intellectuelle profonde. C'est à cette forme que l'on pourrait rattacher certains cas de schizophrénie apparemment fixée (dont le processus serait arrêté) partiellement compensée et qui seraient responsables de certaines anomalies du comportement : originaux, rêveurs dont l'attitude donne une expression de bizarrerie, de mauvaise adaptation au réel. Paresses morbides, retards intellectuels ou plutôt peut-être scolaire (par manque d'intérêt surtout) et par extension beaucoup plus discutable, certains troubles du caractère : colère, opposition, désobéissance. Ou des troubles moteurs tels que tics, bégaiements. Ceci ne veut en aucun cas diminuer l'importance du cadre des schizophrénies greffées (propfschizophrénies des Allemands) sur fond de débilité mentale.

Enfin la troisième forme que l'on pourrait rapprocher de la démence paranoïde de l'adolescent s'accompagne d'un syndrome délirant et hallucinatoire. Elle est le fait des grands enfants. C'est une forme prépubertaire dans la règle (cf. obs. N° 11 et 23).

Forme démentielle simple.

Nous nous trouvons en présence d'un enfant dont l'aspect est celui d'une arriération intellectuelle progressive. Il diffère suivant le stade auquel il est donné de l'observer. C'est un enfant qui ne parle plus ou presque, qui tantôt n'utilise qu'un vocabulaire limité, tantôt utilise improprement les termes du langage, les déforme. Il répète les questions (écholalie). Il ne s'intéresse à rien, vit seul, jouant obstinément d'une façon stéréotypée, à des jeux élémentaires et très inférieurs au niveau de son âge réel, tels que balancements, barbouillages. Il joue avec ses mains, les parties de son corps, ses vêtements, se masturbe ouvertement. Répétant quelques mots de façon incessante, jouant avec ses matières. D'ailleurs fréquemment encopretique et

énurétique. Il paraît ne prêter aucune attention à ce qui l'entoure.

La dissociation affective se traduit au début par une véritable incohérence, une discordance affective. Tantôt exagérément affectueux, il s'accroche à ses parents ou éducateurs, refuse de les quitter. Tantôt et le plus souvent il semble indifférent. Il a perdu « la fraîcheur spontanée des sentiments » (LUTZ). L'alternance apparemment immotivée de ces deux attitudes est très fréquente. En règle, il ne semble pas anxieux. L'indifférence totale aux commentaires et aux critiques a été souvent signalée, mais dans d'autres cas, surtout au début, l'on note une sensibilité extrême à toute appréciation sur son attitude, son physique, appréciations qui déclenchent des réactions émotives vives.

L'examen clinique comme l'application des tests à ces sujets est difficile. Ce qui frappe d'emblée, c'est l'extrême difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité d'établir un contact avec ces enfants. L'interrogatoire se heurte à un mutisme, à l'écholalie, ou à des réponses inadaptées. L'enfant ne semblant même pas se donner la peine d'une réponse exacte. La tonalité de la voix reflète cette indifférence, elle est monocorde, inexpressive.

La mimique est ou bien tout à fait calme, amorphe, ou secouée d'un véritable parasitisme : mouvements des lèvres, des paupières, des globes oculaires. Sur le faciès les expressions de joie, de calme, de tristesse, rires et pleurs alternent et s'intriquent de façon tout à fait *discordante*.

L'on retrouve le maniérisme gestuel et parfois aussi un certain nombre d'éléments de la série catatonique : maintien des attitudes et flexibilité circeuse, rarement opposition, négativisme, l'enfant faisant exactement le contraire de ce qu'on lui demande, mais plus souvent suggestibilité aux ordres et obéissance passive. Les stéréotypies sont très fréquentes, ainsi que l'impulsivité, des accès d'agitation, des décharges psycho-motrices plus ou moins violentes et élastiques, cet accès étant surtout déclenché par les examens et en général tout ce qui tend à sortir l'enfant de son isolement. Punitions, récompenses se heurtent au même mur d'indifférence, parfois l'enfant pose quelques questions, questions niaises, absurdes, incessamment répétées et de temps en temps semble avoir des éclairs d'intelligence pendant lesquels il interroge, répond de façon à peu près normale.

Les modalités cliniques de cette forme sont multiples et on peut mettre ici côte à côte des formes avec agitation incessante, course stéréotypée autour de la salle accompagnée de cris, de rires bruyants, de violences élastiques et des formes stuporeuses, catatoniques où l'enfant garde une position indéfiniment tourné contre un mur dans le coin d'une pièce, ou enfoui sous ses couvertures dans son lit qu'il refuse de quitter.

Si l'on tente d'exprimer les points communs qui permettent de rattacher ces différents syndromes sous une même entité, il nous semble important de placer en évidence :

— La dissociation affective, qui ne laisse place qu'à une affectivité incohérente, bizarre ;

— L'indifférence à l'ambiance et la perte du contact avec la réalité. Tous les auteurs sont unanimes à parler de la difficulté que l'on a à entrer en contact avec ces enfants ;

— Quelques signes plus spectaculaires d'une grande importance comme : le maniérisme, le parasitisme mimique et gestuel, la tonalité de la voix monocorde et inexpressive.

Quoi qu'il en soit, l'évolution vient confirmer le diagnostic et bientôt deviendra plus évidente la détérioration mentale.

Si tout le monde parle de celle-ci, même dans les cas où elle ne semble pas évidente dans l'observation, elle n'a que rarement été précisée, surtout à l'étranger. Ce fait s'explique en grande partie par les discordances que l'on observe dans les résultats des tests. Nous avons à y revenir, aussi nous ne faisons que le signaler ici. Mais, rapidement, l'enfant ne mange plus seul et perd toutes ses acquisitions antérieures.

Aucune activité coordonnée ne l'occupe. Ses jeux sont élémentaires, d'ailleurs tout à fait comparables à ceux des arriérés profonds, imbéciles ou même idiots : mouvements stéréotypés de balancement, jeux avec ses doigts, ses mains, ses vêtements. Masturbation fréquente entraînant parfois des lésions locales. Déambulation ou courses interminables. Langage très pauvre, paroles mal articulées.

Cependant quelques éléments contrastent et permettent parfois de les différencier des idiots : le faciès reste « intelligent », « fin » (LUTZ, HELLER, etc...). Le langage, s'il est très pauvre, est souvent déformé, rempli de néologismes. Il est chez l'arriéré un moyen d'échange de contact, si pauvre soit-il, chez le dément précoce il ne semble plus avoir qu'un usage de jeu impénétrable.

Toute la mimique faciale et gestuelle reste maniérée, parasitée. De plus, fait très important, ces enfants présentent des « éclairs d'intelligence » qui vont leur permettre, à la stupéfaction des observateurs, de poser des questions tout à fait cohérentes ou de répondre juste à des questions posées, de s'adapter à une situation, de résoudre un problème difficile avant de retomber dans leur stupidité. Enfin, au cours de l'évolution, il survient des périodes de rémission dans lesquelles les troubles s'atténuent pour disparaître presque entièrement.

L'on a souvent noté ces améliorations lorsque survient un accident somatique : maladie infectieuse intercurrente, traumatisme accidentel, mais elles peuvent survenir inopinément, tantôt brusquement, tantôt progressivement. Ces rémissions ne sont jamais tout à fait complètes et LUTZ signale déjà que ces enfants ne reprennent jamais « la fraîcheur naturelle de leurs sentiments », ce que nous pourrions traduire en disant qu'ils présentent un trouble de l'affectivité, une inaffectivité même, qui n'est remplacée que très mal par des démonstrations extérieures de sentiments manquant de spontanéité, sinon de sincérité.

Forme autistique.

Le deuxième aspect clinique que nous décrirons est la forme autistique de la schizophrénie infantile.

Elle est souvent beaucoup plus progressive et d'évolution lente. L'enfant apparaît d'abord à son entourage comme un rêveur souvent paresseux, en tout cas ne s'intéressant plus au réel, négligeant son alimentation, évitant les conversations avec autrui pour se tenir à lui-même d'interminables discours. La lenteur de l'évolution du processus laisse un polymorphisme extrême au début de cette forme. L'enfant donne l'impression d'être angoissé, souvent bizarre, ce qui se traduira par une timidité marquée, une inhibition en face du monde extérieur autre que l'univers bien connu de lui : sa famille. D'où bégaiement, ties, mutisme, n'apparaissant que lorsque les circonstances le sortent d'un cadre établi, d'où aussi l'aspect psychogène de ces troubles. C'est là que nous trouvons plus fréquemment des terreurs nocturnes, des crises névropathiques, toutes manifestations de l'angoisse. Progressivement d'ailleurs l'enfant s'enferme de plus en plus dans ses rêveries, il s'isole dans son

autisme. Parmi ces formes de début pseudo-névrotique, nous signalerons tout particulièrement la forme à début obsessionnel. Son aspect est celui de la psychasténie chez l'enfant. Rites, méticulosité, répétition de mots magiques, interrogations obsédantes, phobies, sont d'ailleurs fréquents au début de la schizophrénie infantile.

L'autisme, cette pensée détachée du réel, sur laquelle elle ne se contrôle plus, n'a plus aucune coordination logique et pragmatique. De là l'impression de flou, d'imprécision et souvent d'incompréhensible, d'incommunicable, qu'elle donne à l'observation. Décousue, fluide, elle s'oppose à la pensée réaliste (BLEULER), tout en pouvant lui être juxtaposée et nous pourrions décrire la forme autistique de la démence précocissime comme l'augmentation progressive de l'importance de la pensée déréelle par rapport à la pensée réaliste.

L'analyse de cette pensée autistique nous la montre riche en valeur symbolique que nous retrouverons à l'étude psychopathologique et qui s'exprime plus facilement chez l'enfant par le dessin, mais aussi par le langage. Notons souvent ici l'analogie, pour ne pas dire l'identité des thèmes retrouvés chez tous ces enfants, thèmes que Mélanie KLEIN a su si bien mettre en évidence et qui, bien entendu, s'expriment avec une richesse ou une pauvreté en relation avec les capacités intellectuelles du sujet. En dehors du dessin, nous retrouvons noté dans nombre d'observations le goût tout particulier de ces enfants pour la musique (il faudrait peut-être y voir la recherche consciente ou inconsciente de moyens d'expression et de contacts, un essai de compensation de ses difficultés intellectuelles).

Mais si parfois, comme il est de règle chez l'adulte, ces rêveries toutes intérieures laissent le corps indifférent et inactif, très souvent l'enfant vit ou plutôt joue son rêve. Il joue les fantasmes qui l'obsèdent, d'où une activité incessante, activité de jeu, activité aussi d'aspect compulsif et rituel fréquemment stéréotypé, d'où on ne le tire qu'à grand-peine et pour fort peu de temps par des appels, des questions, des essais de contact quels qu'ils soient. Dans cette forme il présente donc une activité psychique assez considérable. Celle-ci se traduira essentiellement sous deux formes qui peuvent être l'une ou l'autre prédominantes : le comportement et le jeu d'une part, les moyens d'expression qui sont à la disposition de l'enfant : dessin, musique, langage.

Il s'agit parfois d'une activité motrice incessante, l'enfant s'agite, court en chantonnant, riant ou gémissant, jouant seul, mais parlant, donnant des ordres comme s'il était avec « d'autres ».

Ces « autres » auxquels il s'adresse sont des partenaires que l'on retrouve dans le jeu imaginaire de la plupart des enfants normaux, il reste bien difficile de leur attribuer une valeur hallucinatoire, bien que, contrairement à ce qui se passe normalement, ils soient moins souvent matérialisés sous la forme de poupées, d'animaux, d'objets réels. Cette activité motrice est très souvent stéréotypée, course autour d'une chambre, marche, gestes et mouvements incessants.

Par la parole et le dessin on a quelquefois une ouverture sur le psychisme de ces enfants et surtout au début, l'entourage est étonné par l'étrangeté de leurs propos, qui semblent sans relation avec la conversation et en eux-mêmes sibyllins. Ils extériorisent des préoccupations que les parents s'étonnent de trouver chez leur enfant, préoccupations d'ordre religieux, mystique, toujours du domaine de l'abstrait. Notons ici un signe important : l'ambivalence. Ces malades expriment consécutivement des opinions ou des sentiments diamétralement opposés. Ils sont à la fois tristes et gais, affectueux et hostiles, vivants et morts. Les néologismes du langage sont très fréquents et par eux nous allons être amenés à parler des troubles du langage. Celui-ci est parfois abondant, véritable logorrhée, mais incompréhensible, tant les mots sont déformés, déviés de leur sens. Parfois aussi le langage peut être simplement appauvri.

Mais nous avons été frappés par le caractère de fantaisie, de jeu conscient que présentent les idées exprimées par ces malades, soit dans leur conversation, soit par l'intermédiaire du dessin. On pourrait en dire ceci : il sait bien que ce qu'il exprime n'est pas vrai, mais il fait comme s'il y ajoutait foi. Il joue à croire à la réalité de ce qu'il imagine. Cela n'empêche que malgré les inconvénients de cette attitude, il ne peut s'en sortir. Ce trait n'est pas particulier à l'enfant, nous le retrouvons au début de nombre de schizophrénies chez l'adolescent ou l'adulte, qui joue une espèce de jeu morbide. Ils « jouent au fou » et gardent une relative conscience de l'anomalie de leur comportement ; nous rapprocherons ce fait de l'état d'ébriété, où un individu fait l'homme ivre, gardant malgré tout l'impression qu'il pour-

rait marcher droit, parler normalement, mais trouvant un certain plaisir à tituber et à donner à sa voix un ton pâteux, embrouillé, il joue à l'homme ivre avant de l'être réellement.

En tout cas, ici l'on se trouve devant un enfant qui n'a plus qu'un contact épisodique avec le réel, vivant dans son jeu de rêveries, jeu stéréotypé le plus souvent, dont l'aspect nous sera expliqué par les données analytiques. Opposant et négativiste, toute intervention est péniblement ressentie. Il réagira à celles-ci soit par une indifférence totale, laissant son corps à la disposition de l'examineur, mais lui refusant son rêve : suggestibilité, flexibilité cirieuse, passivité, soit par un négativisme et des décharges psychomotrices, colères violentes, agitation impulsive, élasticité sans but, apparemment désadaptée. En tout cas indifférent à son entourage, inaffectif. Il semble très progressivement et insensiblement s'aggraver. Le refus d'aliment est l'un des signes les plus fréquents du négativisme. Cependant il existe des rémissions parfois très longues et des arrêts de l'évolution processuelle tels que l'on espère une guérison. Il s'établit un contact de suppléance avec le réel. Il persiste cependant une certaine inaffectivité, un apragmatisme, une tendance à la rêverie, peut-être, malgré l'opinion de certains observateurs, différente de la rêverie normale. Mais c'est dans ces périodes que l'on peut observer les sujets qui « vivant d'une façon absolument normale, cachent leur rêverie plus ou moins dérégulée », pour reprendre la description de BOREL et ROBIN (les rêveurs éveillés, pp. 68-69).

Peut-on mettre en évidence une détérioration mentale ? En un mot, s'agit-il d'une démence ?

Il est dans ces cas très difficile de l'affirmer. Les épreuves de test comme les examens cliniques n'objectivent guère les capacités intellectuelles de ces enfants, qui ne prennent absolument aucune part à l'épreuve, ne s'y intéressent pas et donnent l'impression de répondre n'importe quoi. Au milieu de réponses tout à fait absurdes, l'on retrouve des réponses dont l'exactitude, la précision, sont en faveur d'une intelligence conservée. La seule détérioration manifeste est du domaine affectif et du domaine de l'intérêt : la *perte du contact avec le réel* et la *perte de la volonté d'agir sur ce réel*.

L'évolution de cette forme, si elle est beaucoup plus longue, si elle laisse de longues périodes de rémission, n'en est cepen-

dant pas moins sombre. L'importance de la vie autistique remplace tout contact avec le réel.

L'état de négligence physique dans lequel vivent ces malades, leur indifférence sont si marqués que leur aspect devient tout à fait comparable au tableau clinique réalisé par la forme démentielle simple précédemment décrite. Mais à la différence de celui-ci, l'on assiste plus souvent, même après des années d'évolution, à des rémissions spectaculaires, mais passagères, au cours desquelles ils ont la possibilité de reprendre une attitude et une activité intellectuelle à peu près normale et aussi de rappeler les événements extérieurs et le cours de leur pensée des périodes précédentes où ils avaient cependant l'apparence de la démence la plus profonde. Cependant il ne semble pas qu'en réalité il y ait une rémission complète.

Forme hallucinatoire.

La forme hallucinatoire de la schizophrénie infantile est, nous l'avons dit, plus fréquente à la prépuberté et en tout cas exceptionnelle avant l'âge de 8 ans. Cela ne veut pas dire qu'elle n'a pu débiter plus tôt et comme dans le cas de l'observation de TRAMER, nous voyons souvent un processus évoluer depuis la première enfance et prendre, lorsque le sujet atteint l'âge de 9 ou 10 ans, un aspect clinique différent.

La séméiologie s'enrichit d'un syndrome hallucinatoire et délirant qui permet, dit TRAMER, de parler d'un état d' « aliénation mentale ». Ceci avait déjà été signalé par LUTZ, qui déclare que la séméiologie varie avec l'âge et tend à se rapprocher de celle de l'adulte au cours du développement du malade, faisant apparaître des idées délirantes et un syndrome psychosensoriel. Si le début est aussi polymorphe que celui des deux formes précédentes. Si la séméiologie, troubles du contact avec le réel et tendance à l'isolement, bizarreries du comportement, indifférence ou hypoaffectivité, perte de l'incitation à l'action, la suggestibilité comme les troubles psychomoteurs allant du maniérisme mimique et gestuel aux crises d'agitation impulsives, aux stéréotypies d'attitudes et de mouvements, s'y retrouvent, un interrogatoire minutieux met en évidence l'existence d'un syndrome hallucinatoire le plus souvent auditif, mais aussi olfactif et cénestésique, souvent au début syndrome d'influence pure. Celui-ci est parfois évident, l'enfant invoquant

sans aucune difficulté les gens qui lui parlent, avec lesquels il bavarde, fait qui s'intègre dans l'expression d'un délire d'influence ou de possession.

Ailleurs il sera suspecté au vu des attitudes du sujet qui semble écouter, répondre à un interlocuteur imaginaire. Enfin il sera mis parfois en évidence uniquement par un examen minutieux et l'on se méfiera alors de l'extrême suggestibilité de ces enfants.

Quoi qu'il en soit, il est difficile de faire une description clinique précise de cette forme autrement qu'en la rapprochant de la forme paranoïde de la démence précoce. Délire polymorphe hallucinatoire qui porte l'empreinte de la dissociation intellectuelle et affective, c'est-à-dire : flou, incohérent. Ses thèmes sont multiples, souvent juxtaposés.

Les hallucinations, ou plutôt les phénomènes psychosensoriels peuvent à l'extrême réaliser un syndrome d'automatisme mental presque complet. Nous y pouvons trouver :

Les hallucinations auditives grossières, injurieuses ou flatteuses, aimables, complimenteuses ;

Les phénomènes de prise de la pensée, d'écho de la pensée, de commentaire des actes ;

Les pensées imposées, les phénomènes psychomoteurs, attitudes forcées. En quelques mots peuvent être réalisés, très souvent, un syndrome d'influence et parfois un syndrome hallucinatoire typique. Mais un caractère qui nous semble essentiel, c'est l'aspect de jeu de ce délire. Ce caractère, nous le retrouvons très fréquemment chez l'adolescent, dément précoce. On a parfois l'impression que s'il croit à la réalité, à la valeur absolue de ses idées délirantes et de ses hallucinations, il ne les place cependant pas dans le domaine du réel, tout se passe sur un autre plan et nous devons rapprocher ce fait d'une part des études sur la pensée de l'enfant, qui ont montré que pour celui-ci pouvaient coexister en son esprit avec autant de réalités l'un que l'autre, le monde réel et un monde imaginaire, d'autre part de l'activité autistique dans laquelle se crée un monde imaginaire, un monde de rêve et de fantaisie qui n'est pas confondu, mais arrive à prendre le pas sur le monde réel. Celui-ci est perdu comme hostile et repoussé le plus possible, ce rejet se traduisant par le négativisme.

Mais il s'agit réellement d'un délire où les rêveries imaginatives ont une grande part.

L'évolution de cette forme est grave, si elle peut être entrecoupée de rémission, elle semble dans la majorité des cas évoluer vers la chronicité et quel que soit le traitement appliqué, elle nécessite l'internement dans un hôpital psychiatrique. Nous retrouvons une véritable détérioration affective, la perte de la volonté d'action sur le réel. L'aspect clinique étant celui de ces malades délirants paranoïdes qui errent dans les asiles.

Dans d'autres cas l'évolution plus grave encore en fait des sujets grabataires considérablement amaigris par le refus d'aliments et chez lesquels on note la fréquence de la tuberculose, fréquence qui a permis d'évoquer cette infection comme cause de la **démence précoce**.

Après cet essai de description, il est nécessaire de bien préciser :

Qu'en pratique les malades que nous aurons à observer, s'ils se rapprochent plus d'un type clinique, présentent dans la plupart des cas, à un degré moindre, les traits particuliers des autres types.

On peut retrouver au début de la forme démentielle simple un syndrome autistique, il existe presque toujours, très fruste, mais peut prendre une **importance assez grande**.

Pour certains, le syndrome hallucinatoire serait ébauché dans toute schizophrénie, mais lorsqu'il n'est pas très caractérisé et exprimé (ce qui nécessite de la part de l'enfant un développement assez avancé des moyens d'expression, en particulier du langage) il est difficile de l'affirmer et il est hasardeux de décrire, avec SSUCHAREWA, des hallucinations (au sens où nous prenons ce mot actuellement pour l'adulte) chez un enfant de deux ans et demi.

EVOLUTION.

Nous avons déjà ébauché à propos de chaque forme clinique l'aspect évolutif de la schizophrénie. Parfois l'évolution conduit rapidement à un état dissociatif grave tout à fait comparable à une **démence** d'où, lorsque ces cas ne sont vus que tardivement, les difficultés de diagnostic avec une **démence organique** ou un état d'imbécillité.

L'enfant régresse progressivement à un stade infantile. On est obligé de l'alimenter, il ne s'habille plus seul, redevient énurétique et encoprétique.

Son activité est très limitée et plus encore que l'idiot, il ne s'intéresse à rien, pouvant rester des heures immobile sans rien faire.

Différent aussi de l'idiot, il l'est par l'abolition presque totale de l'affectivité. Ce signe précoce est celui qui reste le plus caractéristique. L'arriéré s'attache aux personnes qui le soignent, qui l'entourent, il aime jouer avec des camarades de son niveau. Le schizophrène voit arriver et repartir sa famille ou ceux auxquels il devrait être normalement attaché sans aucune manifestation émotionnelle. Il se complait dans la solitude et se met en colère contre toute personne venant le déranger de ses pensées.

Enfin il garde au milieu de cette détérioration un aspect physique correspondant à son âge réel et un faciès souvent fin et intelligent.

Dans d'autres cas l'évolution se fait par poussées successives entrecoupées de rémissions plus ou moins complètes.

Cette évolution est peut-être (si l'on en juge d'après les observations) plus fréquente dans les formes autistiques de la schizophrénie infantile, mais on peut la rencontrer quel que soit le mode de début et l'aspect clinique de la psychose.

Chaque rémission est loin d'être complète et il nous semble que l'affectivité du sujet reste profondément troublée. Jamais elle ne retrouve sa spontanéité, sa valeur de contact avec autrui. Il persiste souvent quelques petits signes qui traduisent la non guérison : maniérisme, petit parasitisme mimique, quelques bizarreries. Des rechutes viennent confirmer la continuité du processus évolutif, aggravant chaque fois le tableau et aboutissant à un état tout à fait comparable à celui de la forme précédente.

Cependant certains cas, après une ou plusieurs poussées, semblent se fixer, se stabiliser. L'individu reste un schizoïde, mais plus encore une personnalité étrange, bizarre, mal adaptée à l'existence, apragmatique. Il reste dans une incurie complète, vivant de la charité publique ou, au mieux, exerçant une activité professionnelle restreinte, semi-adaptée. A un degré moindre, ce peuvent être des rêveurs, des originaux, présentant une pensée très relâchée, floue et à l'examen, une dissociation se traduisant par de véritables troubles du cours de la pensée, et des discordances.

Le problème de la guérison de la schizophrénie infantile reste posé. Nous n'avons pu observer d'authentiques cas de guérison, cependant il faut signaler les travaux de Mélanie KLEIN et l'observation remarquable faite par Mme SÉCHELAYE.

M. KLEIN a publié, de 1925 à 1945, des cas de psychanalyse d'enfant dont certains (cf. cas de DICK, obs. 16) évoquent irrésistiblement le diagnostic de schizophrénie infantile. Diagnostic qui d'ailleurs avait, dans ce cas, été posé par un autre neuro-psychiatre. La thérapeutique utilisait non le langage comme dans une psychanalyse normale, mais une relation, un contact, un échange entretenu sur le mode symbolique. Ce qu'il faut rapprocher des travaux de Mme SÉCHELAYE sur la « réalisation symbolique » technique de psychothérapie utilisée par cet auteur pour traiter une psychose schizophrénique de l'adolescence (le cas qui fait l'objet de ce travail avait présenté des troubles graves dès l'enfance et pourrait être considéré comme une schizophrénie infantile dont le diagnostic ne fut confirmé qu'à l'adolescence).

Dans ces deux cas une frustration orale durant la première enfance avait entravé le développement psychologique harmonieux de l'enfant, tout au moins d'après ces auteurs (1).

Les cas de guérison restent rares, isolés, ils ont nécessité des traitements prolongés et malheureusement prêtent encore à discussion.

Quelle que soit la période à laquelle on est amené à voir l'enfant, l'examen somatique est en règle normal. On ne note aucun trouble neurologique. Il faut signaler cependant la relative fréquence de la cyanose des extrémités, des troubles vaso-moteurs : mains moites et quelquefois (pour VOGT) des signes de puberté précoce. Nous n'avons pas retrouvé ces symptômes dans les cas observés. Les troubles du sommeil sont plus fréquents. L. BENDER signale l'apparition de la menstruation chez les petites filles schizophrènes. Cet auteur caractérise les troubles neuro-végétatifs observés par la labilité des réactions, leur inadaptation ou plutôt leur ampleur inadéquate à l'intensité des stimuli, rendant compte de l'inefficacité des réactions de défense contre les agressions infectieuses ou autres.

(1) Il faut rapprocher de ces observations le cas N° 1, rapporté plus haut.

LES EXAMENS PARACLINIQUES.

En règle, les résultats des examens paracliniques habituels pratiqués n'ont rien révélé d'anormal.

B.W., dosage de cholestérol, d'urée sanguine, examen du L.C.R. sont normaux.

Deux examens plus importants ont été pratiqués systématiquement :

L'E.E.G. donne, suivant les auteurs, des résultats très divers, mais jamais spécifiques : tantôt un tracé normal, tantôt et avec une relative fréquence (CLARDY, 1951), des ondes lentes isolées ou un mélange désordonné d'ondes lentes et d'ondes rapides. Le rythme alpha est souvent irrégulier. JASPERS, SOLOMON et BRADLEY, sur 11 enfants schizoïdes, trouvent deux tracés épileptoïdes, 5 autres désorganisés et 4 normaux.

La pneumo-encéphalographie a apporté des indications plus intéressantes en montrant dans un nombre important de cas une dilatation ventriculaire associée ou non à une augmentation des sillons. (CLARDY, 1951, 7 cas sur 10).

Nous avons rarement retrouvé ce symptôme, mais il serait pour le moins prématuré d'interpréter ce résultat souvent discutable. Dans les cas d'atrophie corticale, ne devons-nous pas parler de démence infantile, et non de schizophrénie. Les E.E.G. que nous avons observés ne montraient en règle pas d'anomalies caractérisées, à l'exception du cas N° 3, qui avait une lourde hérédité comitiale, et du cas N° 11.

DIAGNOSTIC

Parmi cette richesse séméiologique, essayons d'extraire les traits essentiels qui permettront de poser le diagnostic.

Chacun des symptômes prête à de multiples dissertations, car aucune n'est pathognomonique de la schizophrénie infantile.

Au premier plan, cependant, nous placerons :

La diminution d'intérêt pour le monde extérieur.

Signalée par tous les auteurs, se traduisant par la tendance à l'isolement. L'enfant fuit la société de ses camarades, surtout ceux de son âge ou plus âgés. Il ne participe à aucun jeu de groupe, restant seul des heures entières, plongé dans ses pensées, sans paraître s'apercevoir de la présence d'autrui.

La disparition des intérêts habituels à l'enfant, qu'il s'agisse des jeux ou de la scolarité, se traduit souvent par une orientation vers des activités infantiles, d'où préférence de camarades plus jeunes. L'on assiste à une véritable « régression ». Au début, ce symptôme peut ne se traduire que par une limitation, un rétrécissement des centres d'intérêt de l'enfant, que ne serait préoccupé que d'un seul sujet, ne joue qu'à un seul jeu, toujours le même, cette activité prenant parfois un caractère stéréotypé.

Le négativisme.

Opposition systématique à toute intervention extérieure, soit que l'enfant réagisse violemment par des actes de colère ou qu'il se replie dans une attitude boudeuse, obstinément dressé contre tout ce qu'on voudrait lui faire faire, soit que ce négativisme ait le caractère passif de la suggestibilité, celle-ci n'étant qu'une forme de l'opposition.

L'indifférence affective.

Le malade voit arriver ou repartir ses parents sans aucune manifestation d'émotion. L'indifférence affective est un signe très précoce concomitante de la diminution des intérêts.

Dans la période de début surtout, il s'agit plus d'une perturbation que d'une diminution pure et simple de l'affectivité. Celle-ci apparaît très troublée, anormale, bizarre, incompréhensible. Sur un fond d'indifférence, apparaissent des démonstrations sentimentales non dépourvues d'un certain théâtralisme et qui « sonnent faux ». Elles n'ont pas la spontanéité, la sincérité de l'affectivité normale et s'accompagnent souvent d'une crise anxieuse.

La négligence physique.

Malpropreté, incurie, négligence dans l'habillement et la tenue ne sont, quoiqu'importants, que des aspects de la profonde indifférence de ces malades.

Nous avons signalé au passage les crises d'anxiété généralisées de terreurs nocturnes ou diurnes brusques, ainsi que l'instabilité de ces enfants.

Les troubles de la parole.

Ils sont extrêmement fréquents, mais assez banaux dans la mesure où l'on estime que la parole étant l'acquisition la plus récente, est la première atteinte au cours de toute détérioration de la première enfance et l'on a vu qu'au début de la schizophrénie infantile, tout a été décrit.

Cependant, insistons sur un caractère particulier peut-être à cette affection : le langage est atteint surtout en tant que moyen de relation avec le monde extérieur. La perte du contact affectif, la perte de l'intérêt entraîne le non usage de la parole, d'où les mutismes ou l'usage exclusif de cette faculté en tant que jeu autistique, d'où la création d'un jargon, d'une langue bizarre qui n'a aucune valeur de relation. Il faut de plus signaler les troubles de la parole secondaires à l'anxiété du début, à la timidité de ces enfants : bégaiement en particulier. Et enfin noter le « Phonographisme » décrit par TRAMER. Cet auteur entend sous ce terme des propos, des phrases émises par l'enfant « comme s'il imitait quelqu'un qu'il aurait entendu ».

Il les répète sans que ce qu'elles expriment paraisse avoir un sens pour lui et en tous cas sans que le ton, la mimique corresponde à l'idée qui y est contenue.

Comment interpréter ce symptôme ?

Le langage est, nous l'avons déjà répété, un moyen de contact avec autrui, mais chaque échange, chaque conversation fait intervenir en dehors de l'expression des idées par les mots, en dehors du langage verbal, un langage très expressif par l'intermédiaire de la tonalité, du rythme de ce langage et aussi de la mimique, du geste qui l'accompagne (nous n'avons pas besoin, en règle, que notre interlocuteur nous dise qu'il est en colère, de mauvaise humeur ou, au contraire, gai, satisfait, pour nous en apercevoir). Il semble que chez l'enfant schizophrène, il y ait une perte complète de cette possibilité d'échange.

Les troubles du comportement.

Ils sont peu systématisés. NEEDENTHAL parle de « conduite singulière ». On voit tantôt une agitation incessante dont l'aspect est celui d'un jeu ininterrompu, souvent stéréotypé, marche, course, saut, grimper sur les meubles, tantôt une immobilité de statue, un véritable état cataleptique avec la conservation des attitudes, la mimique immobile, la flexibilité cirreuse. Ces états peuvent d'ailleurs alterner.

L'incohérence de ce comportement, les bizarreries, l'inadaptation à la situation réelle sont flagrants.

Le syndrome catatonique chez l'enfant est très différemment apprécié par les auteurs. Certains, avec S. DE SANCTIS, CIAMPI, pensent que ce syndrome est très fréquent au cours de multiples épisodes toxi-infectieux, tandis que HALBERSTADT, SSUCHAREWA ne l'ont qu'exceptionnellement trouvé. Certes, il est rare de rencontrer un syndrome catatonique complet chez l'enfant, ce qui est par contre fréquent, ce sont les épisodes cataleptiques au cours des toxi-infections chez certains sujets prédisposés. Il n'a donc pas une valeur essentielle dans les schizophrénies infantiles.

La mimique et l'attitude.

Elles apportent des éléments essentiels au diagnostic. En effet, deux symptômes nous ont paru très fréquents, pour ne pas dire constants : le maniérisme, la préciosité de leurs gestes

d'une part, le parasitisme mimique (petits sourires niais, froncement des sourcils, plissement du front, etc...), d'autre part.

Les troubles du cours de la pensée.

Ceux-ci sont difficiles à apprécier chez ces sujets, qui d'abord ne parlent que peu ou pas du tout et ensuite n'ont pas, du fait de leur âge, acquis la possibilité d'élaborer une pensée cohérente et logique comme celle de l'adolescent ou de l'adulte. Il est difficile d'apprécier « le flou » de la pensée. Ce n'est que dans les cas observés à l'âge de 11-12 ans que l'on peut mettre en évidence d'authentiques troubles du cours de la pensée avec des barrages.

L. DESPERT, en 1910, pose la question : « Est-ce que l'enfant, à un âge très précoce, peut avoir des illusions, des interprétations erronées, des hallucinations, des idées d'influence et les autres troubles caractéristiques de la schizophrénie ? ». Rappelons le caractère de jeu que présente l'élaboration des idées délirantes chez ces enfants. S'agit-il ou non d'un délire avec conviction, distinct en cela du jeu de l'enfant normal qui reste une fiction. Fiction qui n'en représente pas moins une certaine réalité pour lui. Celle-ci étant juxtaposée au réel sans lui être confondue. Le schizophrène perd le contact avec le réel et accorde de ce fait une plus grande valeur à son jeu de rêveries. Les idées délirantes, les syndromes d'influence ou les hallucinations décrites chez le jeune enfant sont donc discutables. Cependant, il semble que le jeu autistique du schizophrène représente un véritable délire, le seul que l'immaturité de son esprit lui permette d'élaborer. Si nous avons décrit une forme paranoïde de la schizophrénie infantile, c'est en référence aux cas observés vers l'âge de 10 ans ou plus tard, vers la puberté.

Cependant signalons l'extrême fréquence des préoccupations mystiques, métaphysiques, philosophiques et des questions sur la vie et la mort que posent ces enfants.

Les idées délirantes ne s'expriment souvent que par l'intermédiaire du dessin. Les productions des schizophrènes sont surchargées, touffues, formées d'un assemblage hétéroclite de petits motifs dans lesquels on retrouve les phantasmes agressifs et l'anxiété.

Il nous semble que tous ces symptômes ne sont que l'expression d'un même trouble : la perte de la possibilité de contact

avec l'ambiance, avec le réel. Un trouble de la perception du monde extérieur dont toute intervention, toute approche, est péniblement ressentie. L'antisme étant une activité inadéquate, le produit d'une imagination qui n'est plus endiguée par les barrières de la réalité.

Ce trouble nous semble beaucoup plus manifeste chez les enfants psychotiques, avant l'âge de 7 ou 8 ans. Dans les cas de schizophrénie infantile débutant, ou observés à l'âge de 9, 10 ou 11 ans, la richesse séméiologique, déjà comparable à celle de l'adulte, rend moins sensible cette perte du contact.

CLARDY, dans un article récent, classe les cas de schizophrénie infantile en 3 groupes. Si l'on reprend ses données : le retrait, la perte du contact et la diminution de l'affectivité sont les seuls symptômes communs à ces trois formes. Ils représentent l'essentiel du tableau clinique dans 11 cas sur 30. Dans 17 cas (grands enfants), ils sont associés à des troubles hallucinatoires et délirants et dans 2 cas seulement, ils sont au second plan, le tableau étant celui d'attitudes infantiles dominées par l'anxiété, les peurs. Ce qui n'empêche pas l'auteur de signaler, comme signe important : le rétrécissement des champs d'intérêt, l'isolement, les rêveries.

LES TESTS MENTAUX DANS LA SCHIZOPHRENIE INFANTILE

Nous ne pouvons étudier ici en détail, étant donné la multiplicité des tests employés et le nombre de publications fragmentaires, tout ce qui a été dit ou observé à propos des tests pratiqués sur des enfants schizophrènes. Le seul point commun retrouvé dans les publications est le caractère dissocié, l'étonnante dispersion des résultats.

Dans le test de niveau, ce qui frappe le plus l'observateur, comme d'ailleurs le médecin, au cours de l'examen clinique, c'est l'« incohérence » des réponses. D'excellentes réponses dénonçant un niveau égal ou supérieur à l'âge réel du sujet, alternent de façon paradoxale avec des réponses à côté, des réponses pauvres donnant l'impression si souvent notée que toute question, toute épreuve, l'ennuie, qu'il répond n'importe quoi pour être ensuite tranquille. Il y a de nombreux cas où l'appréciation du niveau mental en est rendue impossible, sans compter les cas où le négativisme se traduisant par un mutisme absolu, empêche toute appréciation.

PIOTROWSKI, étudiant les résultats de tests pratiqués dans des cas de schizophrénies infantiles et d'arriération, conclut que les schizophrènes font mieux en vitesse qu'en exactitude et qu'ils réussissent mieux les tests verbaux que les tests de performance, car ils montrent dans ces derniers une plus grande variabilité de résultats, ce qu'il faut rapprocher des études de EARL (cité par GREY, 1938), montrant que les arriérés réussissent mieux les tests de performance que les tests verbaux. Dans les tests « form board », le schizophrène ne déplace pas les blocs correctement placés, comme a tendance à le faire l'arriéré.

Les résultats des tests de niveau sont donc très contestables, le sujet ne participe aux épreuves que contre son gré, et l'on obtient souvent un niveau global très inférieur à celui que donne l'impression clinique, ou la richesse du vocabulaire utilisé.

Le niveau mental trouvé varie chez un même sujet d'un jour à l'autre. Il semble que l'on ne puisse pas là retrouver les signes d'une « détérioration » et l'on relève dans la littérature des cas de schizophrénie infantile dont le niveau est normal, subnormal, ou parfois supérieur à la moyenne.

SIERMANN, sur 17 cas étudiés, trouve 15 quotients intellectuels moyens ou supérieurs, mais dans tous les cas une dispersion très anormale. Il note aussi que les résultats sont moins bons dès qu'il s'agit d' « épreuves que le sujet doit exécuter seul, la présence et les stimulations de l'examinateur améliorant le résultat ».

GRENNÉ pense trouver une baisse progressive de niveau en refaisant les épreuves au cours de l'évolution d'un cas de schizophrénie infantile. Cela ne nous a pas semblé très appréciable, mais il faut bien préciser que le processus schizophrénique atteint un cerveau en plein développement, qu'il entraîne, quel qu'il soit, une incapacité d'acquisitions nouvelles et que le quotient intellectuel peut paraître diminuer, même s'il n'y a pas progressivité de la détérioration.

Les résultats des tests de projection chez le schizophrène infantile sont caractérisés pour le Rorschach, d'après PROTROWSKI, par la persévération d'une idée qui revient de façon stéréotypée, par l'irrégularité du niveau de performance : quelques bonnes réponses et remarques autocritiques parmi un nombre important de réponses vagues, absurdes, pourcentage élevé de réponses originales pauvres, par l'absence de raisonnement inducteur.

Si l'on compare les protocoles de teste de Rorschach chez les enfants schizophrènes, on retrouve un certain nombre d'éléments qui reviennent avec une remarquable fréquence :

- L'irrégularité de la production faisant alterner des interprétations la plupart du temps pauvre ou mauvaise avec quelques bonnes réponses.

- Le manque de contact avec la réalité : très souvent, les réponses n'ont aucun rapport avec la planche présentée, d'où bizarreries.

Des stéréotypies de contamination.

Il semble que les résultats obtenus se rapprochent tantôt de ceux que l'on trouve dans les cas de détérioration encéphalique grave, tantôt des productions des névrosés. Dans le premier

cas, une distinction peut être faite, basée sur l'indifférence et l'absence totale de coopération au test, contrairement à l'attitude du dément post-encéphalitique. Dans le second cas, peut-être s'agit-il de psychoses moins évoluées, le sujet semble aux prises avec des conflits intenses — le doute, l'insécurité.

La bizarrerie de certaines réponses, les variations brusques de niveau, évoqueront la schizophrénie, de même que la pauvreté des réponses globales qui n'est pas, comme chez le débile mental, due à la faiblesse du niveau intellectuel, mais écrit Mme MINKOWSKA, « cette particularité de ne voir pour la plupart du temps que des détails, assez bien dessinés, mais tout à fait isolés et détachés de l'ensemble, crée autour de l'enfant un monde particulier en lambeaux, en loques, en bouts de chiffons, un monde qui n'est pas vivant et qui évoque chez lui l'ancienneté au lieu de l'actuel ».

Le thematic aperception test montre la lutte du sujet pour prendre contact avec la réalité et sa fuite devant celle-ci. Il scotomise souvent la planche présentée et raconte une histoire plus ou moins fantastique et décousue sans rapport avec l'image. Parfois, il a brusquement une réaction émotionnelle, une bouffée d'anxiété.

Le dessin d'un homme (Florence GOODENOUGH) peut apporter des indications intéressantes, non pas tant sur le niveau intellectuel, mais comme représentation de l'image que l'enfant se fait de son propre corps et de la limite qu'il place entre lui et le monde extérieur.

Il faut remarquer les distorsions de cette image, le déplacement des membres, l'abondance des détails, particulièrement des extrémités, la tendance à projeter un mouvement spiralé sur les figures, l'empiétement du monde extérieur dessiné dans le corps du bonhomme.

Conclusion. — Le Q.I. n'apporte pas en lui-même d'argument diagnostique et les résultats des tests de niveau ne peuvent pas être considérés comme révélateurs du niveau mental réel.

La plupart des autres tests montrent les troubles de la perception du réel, de l'espace comme d'ailleurs du temps.

LE DESSIN CHEZ LES SCHIZOPHRENES INFANTILES

Le dessin est un moyen d'exploration essentiel qui doit être utilisé chez tout schizophrène.

Son utilité est surtout dans sa valeur expressionnelle. Chez le sujet très opposant qui présente un mutisme négativiste, il sera un moyen de contact, il permettra dans une certaine mesure d'apprécier le niveau mental.

Il permet aussi de pénétrer un peu plus profondément dans la pensée de ces enfants et de découvrir clairement exprimés les fantasmes qui occupent leur autisme. Celui-ci en effet ne peut guère s'exprimer en règle que dans le jeu et dans le dessin, le développement de l'enfant ne lui permettant pas de s'exprimer sur le mode intellectuel familier à l'adulte. Par ailleurs, la technique même du dessin est intéressante à étudier chez ces enfants.

Les travaux de L. BENDER, effectués à l'aide du « Gestalt visual test », ont montré : la désorientation d'une partie de la figure par rapport à l'autre, la rotation des figures, le retour à des formes primitives (le point représenté par un tourbillon), la dissociation des figures en un conglomerat informe.

Lorsqu'il s'agit du dessin libre, le sujet en général effectue un grand nombre de petits dessins qui empiètent les uns sur les autres, se surchargeant et finissant par remplir la feuille d'un inextricable fouillis de lignes et de motifs. Ces dessins sont surchargés de signification symbolique abstraite.

Ce sujet demanderait à être approfondi.

En effet, chez l'enfant schizophrène, l'observation du dessin a un triple intérêt :

1° Par sa technique même, par la façon dont il est réalisé, il donne des indications sur la structure et le mode de pensée du sujet.

2° Par ce qu'il exprime, il permet de pénétrer la pensée, les fantasmes, le « délire » de l'enfant.

3° En tant que moyen de contact et d'expression, il permettra parfois de débiter une psychothérapie.

L'on y retrouve en particulier l'extériorisation des fantasmes agressifs et de l'anxiété. Manger, être mangé, tuer, mordre, etc..., sont les thèmes communément retrouvés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les documents sur ce sujet sont d'une extrême rareté, et les quelques examens qui ont été pratiqués n'ont pas montré de lésions déterminée.

Nous devons cependant citer les quelques éléments que nous avons pu retrouver, n'ayant pas eu l'occasion d'observer des cas dont l'examen anatomique puisse être ensuite pratiqué.

HANSHALTER (cité par DE SANCTIS) rapporte deux observations avec examen anatomique de démence précocissime, il a trouvé une chromatolyse cellulaire diffuse, mais aucune lésion des méninges ou du système vasculaire.

CIAMPI trouve dans un cas de démence précocissime une chromatolyse cellulaire au niveau du cortex pyramidal et pigmentation de certaines cellules motrices.

Plus intéressant peut-être serait le rapport de GIACOMO, qui découvre un épaississement méningé frontal et pariétal et des lésions des deux plexus choroïdes, qui étaient bourrés de concrétions calcaires, ce que l'on doit rapprocher de l'opinion de MONAKOFF et MOURGUE, qui insistent sur les lésions des plexus choroïdes dans la démence précoce, et de celle de REICHARD-KAFKA-GUTTMANN parlant de dysfonctionnement des barrières hémato-méningées. En outre, GIACOMO décrit une dégénérescence réticulo-filamenteuse du protoplasma des cellules nerveuses, en particulier dans les aires 10 et 11 (classification de BROADMAN) et dans le néo-striatum.

CORBERI, dans un cas de démence infantile, a mis en évidence une neurolyse lipoïde diffuse. Ce cas devrait histologiquement être plutôt rapproché de la forme juvénile de Spielmeyer-Vogt de l'idiotie amaurotique, bien qu'il n'ait pas présenté de syndrome neurologique ni ophtalmologique.

Il est assez illusoire de rechercher histologiquement une lésion en foyer dont la localisation permettrait d'identifier un centre d'intégration des fonctions qui sont perturbées dans la schizophrénie. Ce qui est en effet troublé, ce sont les fonctions les

plus élevées du « mental ». C'est essentiellement la perception globale du monde extérieur en tant que tel et tout ce qu'il comporte de temps et d'espace.

Jamais ou presque l'on ne retrouve de signes en foyer, ce qui ne veut pas dire que ce trouble ne puisse être la conséquence de lésions ou perturbations de la mécanique neurologique dont le bon fonctionnement est nécessaire aux facultés de l'esprit.

ETIOLOGIE

Ce chapitre sera très court. En effet, nous ne pouvons pas considérer la schizophrénie comme une maladie de cause bien déterminée. Il s'agit d'une psychose et nous commencerons par rassembler les facteurs retrouvés à l'origine de celle-ci, ainsi que les conditions de son apparition. Cela nous amènera à l'essai psychopathologique qui suivra.

Age. — Condition d'âge. Il ne semble pas que nous puissions préciser quoi que ce soit dans ce domaine et l'âge des cas publiés comme tels varie de 2 à 14 ans.

Sexe. — Conditions de sexe. Prédominance du sexe masculin dans une proportion de 75 % de garçons pour 25 % de filles, ce que nous retrouvons à peu près dans toutes les publications de quelque importance (BRADLEY, en compulsant les cas de GRUMTHAL, POTTER, LUTZ, GREBELSKAJA, ALBATZ, DESPERT, LEURIE, trouve 72 garçons pour 24 filles) ; CLARDY (1951), sur 34 cas observés, relève 28 garçons pour 6 filles.

Hérédité. — L'hérédité psychopathologique est signalée dans un nombre impressionnant de cas : 85 % des cas d'après SSUCHAREWA, dont 17 % avec hérédité directe de schizophrénie confirmée, 38 % avec hérédité psychopathologique plus discrète (parents schizoïdes).

Hérédité importante, mais non précisée en pourcentage par HOMBURGER et LUTZ, qui insistent sur le caractère récessif de la schizophrénie. Hérédité souvent plus chargée dans les formes d'évolution lentement progressive pour SSUCHAREWA, GREBELSKAJA-ALBATZ et L. DESPERT. Rappelons que BLEULER (cité par LUTZ) pense que le pronostic est plus grave dans les formes survenant chez des sujets indemnes de toutes tare psychopathiques. Précisons aussi que l'hérédité n'est pas, dans ces cas, une hérédité similaire, mais peut être prise dans un sens beaucoup plus large (psychasténie, cyclothymie). Dans ce sens, 20 cas

sur 30 pour CLARDY, ont une hérédité psychopathique. Cette hérédité anormale, nous l'avons retrouvée dans 3 cas sur 8. Dans deux autres cas, les parents étaient manifestement débiles, mais syntones.

Troubles endocriniens. — Cette étiologie a été envisagée surtout par les auteurs qui voulaient voir dans la schizophrénie une psychose de la puberté. Vogt parle de la puberté précoce des enfants schizophréniques et déclare que même s'il n'y a pas de caractères sexuels secondaires développés, on retrouve des troubles endocriniens. Ceux-ci sont, malgré tout, très inconstants et nous ne les avons pas observés.

Troubles du schéma corporel. — Ils sont très fréquents. Ces troubles, qu'ils soient dus à une lésion neurologique ou à une mauvaise intégration du schéma corporel, conséquence de perturbations affectives à l'âge où l'enfant prend conscience de son corps en opposition au monde extérieur, pourraient être considérés comme une cause du sentiment de dépersonnalisation et surtout de la mauvaise délimitation entre ce qui est le moi et le non-moi.

Typologie. — La typologie de l'enfant schizophrène n'a été que peu étudiée. Il est vrai qu'il est bien difficile de faire une classification de sujet en plein développement morphologique dont l'aspect est essentiellement mouvant. KRETSCHMER fait état de cette difficulté et il n'apporte aucune donnée précise.

Les conditions éducatives ont été signalées comme facteur important.

POTTER insiste sur l'attitude rigide, protectrice de la mère (overprotection) et la passivité du père.

L. DESPERT parle aussi de la domination maternelle

Pour M. KLEIN, l'enfant se referme sur lui-même, car il ne trouve pas dans le monde extérieur la possibilité de s'extérioriser, toute tentative dans ce sens étant immédiatement source d'un conflit.

CLARDY (1951) déclare qu'un grand nombre de ces enfants ont une mère anxieuse, hyperprotectrice, dans d'autres cas, il s'agit de rejet, de refus de l'enfant par les parents.

Si l'on passe en revue les publications, nous trouvons très souvent au début de la schizophrénie infantile, des facteurs

très divers : trauma affectif violent, modification brutale du milieu de vie, accidents ou maladies infectieuses et, pas plus dans la cause déclenchante que dans les conditions d'éducation, nous ne pouvons trouver d'éléments communs à tous les cas décrits comme **schizophrénie infantile**.

Cependant, il est certain que dans une proportion notable de cas, l'un ou l'autre des parents (parfois les deux) est un anxieux extrêmement rigide qui a « couvé » l'enfant, ne le laissant jamais sortir seul, craignant toujours un accident, une maladie, etc... Mais cette proportion est-elle supérieure à celle que l'on trouverait dans les familles dont les enfants sont normaux ?

Causes toxico-infectieuses. — Les localisations encéphalitiques des maladies infectieuses ont été considérées comme responsables de la schizophrénie infantile. C'était l'opinion de RHEIN qui, en 1920, trouvait dans la littérature, 14 cas qui tous, pour cet auteurs, relèveraient de cette étiologie. Mais dans les descriptions de séquelles d'encéphalite, en inversant la question si nous trouvons souvent des allusions à des troubles psychiques rappelant la séméiologie schizophrénique (soit que l'auteur emploie ce terme même pour décrire ses malades, soit qu'il parle de catatonie, de troubles du caractère à type d'impulsivité, de violences brutales et immotivées), nous ne trouvons que peu d'observations probantes et détaillées. LUTZ ne pense pas que l'on puisse rattacher la schizophrénie infantile à une encéphalopathie ; dans ce cas, il s'agirait, pour l'auteur, d'une démence de Heller. L'existence d'une encéphalite éliminant le diagnostic de schizophrénie, cela se complique du fait qu'une maladie infectieuse grave, un épisode onirique peut marquer « occasionnellement » la période initiale de la schizophrénie (LUTZ). HIGIER (en 1928) signale comme étant exceptionnel, un cas de schizophrénie post-encéphalitique.

Que conclure ? Il est des cas où, en raison des antécédents des maladies infectieuses graves, on peut penser à une lésion encéphalitique parmi bien d'autres cas où il n'y a rien de cela.

Faut-il, avec RHEIN, y voir des séquelles d'encéphalite passées inaperçues ? Ce n'est qu'une hypothèse.

Faut-il dissocier les observations suivant que nous retrouvons ou non une étiologie infectieuse possible, mais l'identité des éléments cliniques rend cette distinction un peu artificielle.

Enfin, peut-on penser que la schizophrénie, maladie anorganique, n'est qu'une attitude névrotique, une fuite devant les difficultés que les conflits affectifs profonds de l'enfance ou plus probablement de la toute première enfance, ne permettent pas de surmonter. Ce sont là des questions peut-être inutiles si l'on considère que l'enfant, du fait même de son âge, peut présenter à l'occasion d'une détérioration psychique (intellectuelle ou thymique) un tableau clinique très comparable à ce que nous avons décrit comme schizophrénie. Les hypothèses sont multiples : démence post-encéphalitique ou dégénérative authentique se traduisant à l'encéphalographie gazeuse par une atrophie corticale diffuse et qui, lorsqu'elle débiterait vers l'âge de 3 ans, pourrait entrer dans le cadre de la démence de Heller : la précocité de l'atteinte du langage s'expliquant par le fait que cette fonction est la dernière acquise. Dans d'autres cas, la détérioration atteindrait plus particulièrement les fonctions thymiques, l'affectivité et l'humeur réalisant alors un tableau plus proche de la schizophrénie, qu'il s'agisse de lésion des régions où s'intègrent ces fonctions ou d'un dysfonctionnement. Mais parler de dysfonctionnement n'est pas rendre compte de l'étiologie et ce ne serait que par une recherche statistique faite par un auteur sur des cas observés par lui-même dont il aurait pu connaître l'anamnèse de façon détaillée et suivre l'évolution pendant 15 ou 20 ans, que l'on pourrait avoir un aperçu sur la fréquence des facteurs évoqués comme étiologie de la schizophrénie infantile.

Si tout le monde est d'accord en signalant l'importance de l'hérédité, l'on signale de plus en plus la fréquence des perturbations éducatives apportées par les parents anormaux.

S'il est intéressant de noter la fréquence très anormale de la tuberculose dans les cas publiés, elle pourrait être dans une perspective psychogénétique la cause déclenchante par la diminution de la résistance physique et psychique à des difficultés caractérielles et malheureusement, on n'a pu, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, retrouver des lésions correspondant à une encéphalite bacillaire hypothétique.

Notons une hypothèse récente qui rapprocherait la schizophrénie des phénomènes d'allergie (1). Nous ne ferons que

(1) A. FERRERO. — *The Psychiatric Quarterly*, April 1945.

signaler que pour TOPORKOW (article paru dans les archives de psychiatrie de Berlin) on retrouve toujours chez le dément précoce des signes de syphilis nerveuse.

En conclusion, la schizophrénie peut être à l'heure actuelle considérée comme une psychose grave de l'enfant. Nous lui appliquerons la phrase de GUIBARD qui écrit : « La maladie reste une réaction générale de l'organisme à une cause morbide ». Cette cause pouvant être fort diverse. Différents facteurs entrent en jeu dans son étiologie : hérédité, constitution, âge, conflits affectifs d'une part, donnant l'explication de la tonalité générale, de l'aspect de la psychose. Episode toxi-infectieux, traumatismes physiques ou moraux d'autre part, déclenchant son apparition

Lorsqu'en présence d'un syndrome hétérophrénique de l'enfant, l'on retrouve une étiologie encéphalitique précise on ne parlera plus de schizophrénie, mais de démence post-encéphalitique, hérédo-syphilitique, épileptique, etc...

A l'opposé, dans d'autres cas, l'on ne retrouve aucune cause encéphalopathique, l'attitude schizophrénique est purement réactionnelle à une situation donnée. La psychothérapie, la modification des conditions pathogènes peut amener la guérison. C'est de ces faits qu'il nous faut rapprocher les syndromes schizophréniformes bénins souvent observés chez les enfants israélites. De même, des attitudes schizophréniformes peuvent être observées à l'occasion d'un fléchissement de forces psychosomatiques provoqué par une maladie infectieuse banale ou un état dépressif chez l'enfant, mais la guérison vient infirmer le diagnostic de schizophrénie, s'il avait été porté.

Enfin, ces deux pôles se trouvent les deux cas qui nous intéressent ici de schizophrénie, psychose grave, résultat de facteurs somatiques et psychologiques dont le point commun est une détérioration profonde du contact avec le réel. Ces facteurs sont en règle multiples dans chaque cas, allant des lésions anatomiques aux troubles psychologiques, en passant par les perturbations biochimiques, endocriniennes, infectieuses, neuro-physiologiques et sociales.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel de la schizophrénie infantile s'est posé de façon très confuse, suivant parallèlement les études séméiologiques qui cherchaient à construire un cadre nosographique précis.

Les recherches portant sur la symptomatologie de la démence précoce ont été l'objet de l'effort de tous les auteurs qui se sont intéressés à cette question, chacun mettant en avant tel ou tel symptôme qui lui semblait primordial pour le diagnostic.

Les uns, surtout parmi les premiers, ont cherché à en faire une description clinique parallèle à celle de la démence précoce de l'adolescente ou de l'adulte jeune.

Les autres s'intéressant aux caractères particuliers que prend la schizophrénie chez l'enfant, pensant y trouver plus facilement le « trouble primaire », le « trouble essentiel » dirions-nous de cette affection. C'est ainsi que SSUCHAREWA pensa que l'enfant n'a pas les possibilités intellectuelles qui lui permettent de construire les superstructures (délires, rationalisation, etc...), qui encombrant les observations des adultes malades et qu'il est capital de rechercher chez l'enfant le trouble primaire isolé. Mais BRADLEY, en 1943, émet quelques regrets, après avoir passé en revue les quelques études qui ont été faites dans ce sens, devant la complexité et le manque de clarté de ces travaux, pourtant, signale-t-il, très volumineux. Ce trouble primaire sur l'existence duquel pourrait reposer le diagnostic est resté imprécis.

D'autres encore s'intéressent à l'étude des enfants non schizophrènes mais qui présentent, au cours de leur développement, soit des périodes de repliement sur eux-mêmes (ce que l'on rencontre parfois dans les crises de l'enfance (DUBLINEAU), soit un caractère particulier qui les porte à la rêverie (les rêveurs éveillés (BORFL et ROBIN). Ces enfants gardent en général une adaptation au réel suffisante, mais leur existence même pose

le problème du trouble primaire, car si l'on place au premier plan l'autisme ou la rêverie morbide, l'on risque d'être amené à classer tous les « rêveurs éveillés » comme schizophrénies plus ou moins atténuées ou fixées et plus ou moins compensées. Il ne reste plus que le seul des critères qui fut longtemps considéré comme essentiel et que nous retrouvons à peu près chez tous les auteurs, c'est le critère évolutif. L'évolution vers la démence ou plutôt une pseudo-démence dissociative reste admise pour beaucoup d'auteurs, qu'ils s'occupent de pédo-psychiatrie ou de psychiatrie d'adulte.

Se pose aussi la question du rattachement à un début de schizophrénie des petits troubles du comportement ou du caractère de l'enfant dont l'adolescence voit se préciser un syndrome schizophrénique.

Pour établir le diagnostic différentiel, nous pensons qu'il nous faut d'abord préciser qu'il existe un syndrome schizophrénique chez l'enfant dont l'aspect clinique, que nous avons vu à l'étude séméiologique, varie avec l'âge du sujet.

Ce syndrome doit être distingué de l'arriération mentale, des réactions névrotiques de replis, de refus, de certains troubles du caractère réactionnels à une situation conflictuelle.

Dans un deuxième temps, en présence d'un état schizophréniforme, il importe de distinguer la « schizophrénie infantile » des syndromes schizophréniques qui révèlent souvent une démence infantile post-encéphalitique, type démence de Heller, une démence hérédosyphilitique ou épileptique.

Enfin, le diagnostic se pose parfois avec les états d'excitation de l'enfant, la confusion mentale, l'hystérie. Nous avons vu déjà, au cours de l'étude séméiologique, combien la distinction entre ces états et la schizophrénie au début pouvait être difficile — pour ne pas dire impossible — même après une étude très précise de chaque cas. Seule souvent l'évolution permettra de trancher la question.

Syndrome schizophrénique et arriération mentale.

Les éléments de diagnostic différentiels seront :

L'existence d'une période de développement normal avant l'apparition des troubles.

Le maniérisme, le parasitisme mimique, les rires immotivés, peu fréquents chez l'arriéré.

Le négativisme avec l'hostilité manifestée pour tout examen, négativisme actif.

L'activité de jeu, les troubles du langage qui a perdu sa valeur de contact et montre le contraste entre une richesse verbale augmentée de néologisme et l'impossibilité de son utilisation pour les échanges avec autrui.

Les troubles graves de l'affectivité.

L'aspect même du faciès qui reste assez fin... intelligent ; l'absence de troubles somatiques qui accompagnent parfois les états d'arriération ou d'idiotie. Il n'en reste pas moins que l'étude systématique des cas « d'idiotie » placés dans les hôpitaux ou hospices pourrait y retrouver des cas de schizophrénie infantile. L'évolution fournit un argument important, la continuité de l'état pour l'un, rémission et évolution par poussées pour l'autre.

Les tests apportent des indications importantes. L'homogénéité des tests de niveau chez le débile contraste avec la dispersion (SCATTER) du schizophrène. Ce dernier ne coopère pas à l'examen, il est peu sensible aux encouragements.

Les tests projectifs apportent des arguments diagnostics très importants.

Aux épreuves du test de Rorschach, si le débile, comme le schizophrène, n'a pas la possibilité d'une vision globale bonne (cette perception représente un niveau très élevé du développement intellectuel) et si l'un comme l'autre s'attache aux détails à partir desquels ils reconstituent une vision globale pauvre. Le test reste uniformément pauvre chez le débile, tandis que chez le schizophrène apparaissent parfois de bonnes formes et celui-ci donne surtout, nous l'avons déjà dit, l'impression de répondre n'importe quoi. La mauvaise qualité des réponses est surtout due à son désintérêt profond de l'épreuve.

Le dessin du débile fournit des indications sur son niveau tout à fait analogues aux résultats des tests. Il y a une concordance relative des résultats dans presque toutes les épreuves.

Le diagnostic est parfois compliqué lors de l'apparition chez un débile de comportement schizophrénique.

MURRAY, BERGMAN, HEING WALLER et MARCHAND ont publié, en 1951, une revue des travaux effectués sur ce sujet. Ils con-

cluent que ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense habituellement. Ils sont souvent négligés parce que l'on considère ces réactions comme la conséquence normale de l'arriération intellectuelle qui ne permet pas une suffisante adaptation au réel, mais il s'agirait parfois de cas dans lesquels le processus schizophrénique survenant dans le plus jeune âge serait la cause de l'arriération observée ultérieurement. Cependant, il est nécessaire de bien préciser que des réactions, des attitudes schizophréniques, ne signifient pas évolution schizophrénique et que, pour faire ce diagnostic, il est nécessaire de rassembler un certain nombre d'arguments convergents, en particulier :

— La détérioration de l'affectivité évoluant vers l'indifférence ;

— La perte du contact avec le réel ;

— La tendance à l'isolement, le négativisme, l'évolution longue et progressive de cette dissociation.

La question devient encore plus complexe si l'on admet l'existence de schizophrénies greffées sur un état d'arriération.

Schizophrénie greffée (propfschizophrenie) et débilité mentale évolutive.

La schizophrénie n'est pas une psychose réservée aux individus de niveau mental normal et survenant chez un arriéré, elle risquera d'être confondue avec les cas de débilité mentale évolutive décrite par TARGOWLA en 1933. Il s'agit de sujets qui ont présenté, dans les deux cas, un retard du développement psychomoteur et une débilité mentale réelle du type le plus banal. Ce déficit, soit brusquement, soit plus souvent progressivement, s'aggrave et le diagnostic entre dissociation et débilité mentale est d'autant plus difficile que la séméiologie de la schizophrénie est en relation directe avec le niveau mental. Il faudra là encore rechercher les troubles de l'affectivité, la diminution des intérêts, la tendance à l'isolement, l'irritabilité lorsque cet isolement est rompu, les bizarreries du comportement, les rêveries, les discordances, le parasitisme mimique et le maniérisme de l'évolution schizophrénique.

Mais les arguments séméiologiques ne sont pas à l'abri de

critiques. Nous avons dit précédemment que les réactions schizophréniformes sont relativement banales chez les arriérés.

Syndrome schizophrénique et réaction de replis, de refus.

Le diagnostic sera souvent très difficile au début, mais il est possible de retrouver la cause de la réaction névrotique. Dans ce dernier cas, l'hostilité, l'isolement peuvent être vaincus au cours d'une observation prolongée, l'affectivité étant perturbée, mais non détruite.

Les réactions de bouderie ressemblent fort à une opposition schizophrénique et si, dans la plupart des cas, il s'agit d'attitude très passagère qui ne s'accompagne pas d'autres signes de dissociation, il serait intéressant de comparer d'une part l'attitude de certains enfants boudeurs qui restent parfois pendant des heures repliés dans le coin d'une pièce et la catatonie.

De même pour la psychologie de la bouderie et celle du schizophrène, sans vouloir penser pour cela qu'il s'agisse d'attitudes comparables dans leurs causes.

Ces réactions d'opposition sont très fréquentes aux périodes critiques du développement de tout enfant et il ne faudrait pas, même si parfois elles semblent anormalement se prolonger, affirmer l'évolution schizophrénique sur une attitude, un comportement qui peut être motivé, conditionné par une situation familiale ou sociale et pour laquelle un changement de milieu ou la modification du cadre perturbateur sera la thérapeutique efficace.

L'enfant normal coordonne encore très mal perception du réel et imagination, il confond fait et fiction, réalité et rêve et ce n'est que grâce à l'association et au contrôle réciproque de l'imagination, de la saisie du réel et de la volonté d'action sur le monde extérieur qu'il se développera harmonieusement.

Nous n'énumérerons pas de nouveau les éléments précédemment cités qui sont nécessaires à ce diagnostic, mais il convient d'être très prudent, car dans une certaine mesure les signes présents dans la schizophrénie infantile sont banaux chez beaucoup d'enfants normaux : une certaine tendance à l'isolement, une relative indifférence affective, l'incapacité de de fixer sur une occupation, des niaiseries du comportement, l'usage d'un langage déformé ou néoformé.

Schizophrénie et démences infantiles.

Nous ne signalerons que pour mémoire la possibilité de comportement schizophréniforme au début de la plupart des démences infantiles bien connues.

A l'heure actuelle, il est toujours indispensable de faire les examens cliniques et paracliniques (E.E.G., fond d'œil, réaction de B.W., examen de L.C.R., etc...) qui permettent un diagnostic étiologique. Il en est de même lorsque l'anamnèse permet de retrouver dans les antécédents un épisode encéphalitique clairement démontré (1). Le problème est plus complexe lorsqu'il s'agit de cas classés comme démence de Heller ou démence précocissime de S. de Sanctis. Il est probable que certains, publiés comme tels, étaient d'authentiques schizophrénies.

HELLER et ZAPPERT différencient la démence infantile de la schizophrénie sur l'aspect des troubles de la parole qui, dans le cas de la démence, se rapprochent plus de troubles aphasiques et agnosiques, sur l'invariabilité de l'aspect clinique à deux examens successifs et la progression rapide et inéluctable de la démence.

Un écueil doit être évité, il est dû à l'imprécision du vocabulaire employé. Certains auteurs (CHILDER, 1935, HALBERSTADT-BRADLEY) posent le diagnostic entre démence précoce, maladie organique cérébrale et schizophrénie. D'autres identifient ces deux entités, mais quels que soient les termes employés, il s'agit toujours de la distinction entre les états démentiels progressifs cryptogénétiques de l'enfant et les états dissociatifs schizophréniques dans lesquels on ne pourrait retrouver de lésions anatomo-histologiques (SCHILDERS). En l'absence de signes pathognomoniques, une grande confusion règne à ce sujet, car il pose le problème de l'organicité même du processus schizophrénique.

Notons d'abord que les démences authentiquement organiques de l'enfant réalisent parfois l'un des syndromes que nous avons décrits comme forme clinique de la schizophrénie (MENNINGER,

(1) C'est le cas pour le sujet décrit par HIGIER de « Dementia post-lethargica infantum » qui à 7 ans présente un syndrome hétéophrénique typique après avoir à 5 ans eu un épisode fébrile avec somnolence durant une semaine. De même pour l'observation n° 2 de la thèse de MALLET (1947).

1936), que les descriptions de DE SANCTIS comme de HELLER sont assez imprécises et comprennent la perte de l'affectivité, le négativisme, les stéréotypies, les troubles du langage, l'aspect psychogénétique des troubles, la catalepsie, le maniérisme et le parasitisme mimique (grimaces), les accès de rire et de pleurs immotivés, les hallucinations et l'on conçoit que des auteurs comme CIAMPI, HIGIER, CORBÉRI aient identifié par exemple démence précocissime et schizophrénie.

L'argument de l'âge ⁽¹⁾ tombe maintenant, il est à peu près admis par tous que la psychose peut débiter dès l'enfance. La rapidité évolutive reste un signe en faveur d'un processus lésionnel grave. Les troubles du langage apportent des arguments plus valables, en effet, s'il est indiscutable qu'une détérioration quelle qu'elle soit survenant vers l'âge de 4 ans atteint très précisément l'expression verbale, nous avons, lors de l'étude séméiologique, signalé les caractères particuliers qu'elle prend dans la schizophrénie : la perte de la possibilité de contact et de l'expression des émotions tant par le vocabulaire que par l'intonation, les modulations de la voix. Dans la démence de Heller, le trouble se rapprocherait plus d'une aphasie.

Schizophrénie et états d'excitation.

Le diagnostic se pose parfois entre schizophrénie infantile et les états maniaques de l'enfant.

Ceux-ci sont rares (BRADLEY-KASANIN), mais ils ont cependant été signalés depuis longtemps (DELASIAUVE, MOREAU DE TOURS), l'agitation stéréotypée, incohérente, absurde, la perte du contact affectif, le désintérêt profond pour la réalité, le négativisme sont assez différents de l'agitation du maniaque, dont le jeu reste syntone, s'accroche à tout ce qui l'entoure. Si parfois ce dernier use d'un langage déformé, de néologismes bizarres, ce n'est qu'un jeu passager.

Dans les cas douteux, l'efficacité thérapeutique et l'évolution viendront confirmer ou infirmer le diagnostic. Il faudra toujours éviter d'affirmer trop tôt la réalité d'une schizophrénie.

(1) Utilisé par HELLER et par ZAPPERT pour distinguer la démence infantile de la schizophrénie ou démence précoce. Pour ces auteurs, il n'y a pas de démence précoce avant la puberté.

Schizophrénie et confusion mentale.

Les tableaux sont assez différents pour ne pas avoir à nous étendre sur ce diagnostic.

Confusion et onirisme anxieux accompagnent souvent les épisodes toxi-infectieux fébriles de l'enfant, mais nous avons noté l'existence des formes cliniques assez particulières de la schizophrénie infantile, qui débute à l'occasion d'une affection aiguë sous l'aspect de la confusion mentale, persistent après la guérison somatique ou ne guérissent que partiellement, s'aggravant par poussées successives rythmées par les maladies somatiques.

On voit des manifestations catatoniques apparaître au cours des épisodes fébriles de l'enfant (HAMBURGER, GARAND), sans que cela nous permette de poser un diagnostic pessimiste.

Cependant, si chez un enfant nous voyons apparaître à chaque épisode fébrile, ou tout au moins fréquemment, une bouffée confusionnelle anxieuse, il serait utile d'exercer une surveillance régulière. Ces accès traduisent une fragilité particulière de l'encéphale.

Schizophrénie infantile et hystérie.

VOGT, TRAMER décrivent chez des enfants hystériques des symptômes schizophréniques. Signalons que dans deux cas publiés par ZAPPERT comme « démence infantile », cet auteur avait au début posé le diagnostic d'hystérie.

Au cours de l'étude séméiologique, nous avons insisté sur l'aspect caractériel des troubles de la schizophrénie au stade où l'enfant « joue son trouble » tout en le subissant. L'anxiété des périodes de début rend assez compte de la motivation des attitudes névrotiques : bégaiement, tics, mutisme, anorexie psychogène. Il s'agit d'un diagnostic important en raison des conséquences thérapeutiques qu'il peut avoir.

E. HARMS, dans un article publié en 1945, étudie ce problème et en signale les difficultés par un exemple qui nous semble en effet rassembler au maximum celles-ci. Il s'agit d'un adolescent de quotient intellectuel supérieur (130), qui présentait un syn-

drome catatonique très complet. Mais, d'après cet auteur, il ne faisait qu'imiter, que jouer cette attitude. L'observation n'étant pas très détaillée, il nous est difficile de nous faire une opinion, mais l'argument différentiel qu'il nous propose (ce caractère du jeu, de simulation de la maladie) ne nous semble pas très probant après ce que nous venons de dire à l'étude séméiologique sur l'aspect de jeu morbide que présente l'attitude du schizophrène.

Quant au caractère non permanent des troubles et à leur modification avec le milieu, il nous a semblé le rencontrer dans la schizophrénie au début comme dans l'hystérie.

Il est nécessaire, pour étayer un tel diagnostic, d'avoir recours d'abord à une analyse séméiologique rigoureuse :

— La recherche d'un petit parasitisme mimique, de bizarreries, d'un maniérisme, de discordances et d'idées délirantes exprimées verbalement ou plutôt par l'intermédiaire du jeu et du dessin.

— Les tests peuvent dans ces cas apporter des arguments importants, qu'il s'agisse des tests de niveau ou des tests de projection. Cependant, il est d'observation courante que les indications qu'ils donnent sont rarement précises dans les cas cliniquement douteux.

Schizophrénie et rêveurs éveillés.

BOREL et ROBIN, dans leur ouvrage sur « Les rêveurs éveillés », rapportent un cas qui, en la circonstance, semble se rattacher de très près à la schizophrénie, tant par sa séméiologie que par son évolution.

L'on rencontre relativement souvent une certaine catégorie d'enfants particulièrement imaginatifs ou rêveurs qui n'en sont pas moins adaptés à la réalité. Si parfois, à l'occasion de difficultés nouvelles, ils présentent un refus du réel, un certain repli sur eux-mêmes, le tableau n'a pas en règle la gravité de l'atteinte schizophrénique, bien que l'on puisse discuter devant leur productivité imaginative de l'existence d'idées délirantes — mais nous avons vu la difficulté qu'il y aurait à les affirmer chez l'enfant. Le plus souvent, il s'agit d'états passagers — sans discordances — sans perte de la possibilité de contacts avec

le réel, sans perturbations de l'affectivité. On ne peut parler ici de schizophrénie infantile, cela n'empêche pas que l'on ait pu observer des cas nombreux qui ultérieurement évoluent vers un état de dissociation psychotique.

TRAITEMENTS

Thérapeutique de choc.

Celles-ci sont d'un usage très limité chez l'enfant et nous ne trouvons (malgré la croyance en un pronostic catastrophique) que relativement peu de tentatives de traitement par électrochoc, par cure de Sakel ou par cardiazol. LUTZ cite un cas traité par des comas insuliniques sans aucun succès. Il s'agissait d'un enfant de 9 ans dont la psychose évoluait depuis 5 ans.

CREAK a pratiqué une série de chocs cardiazoliques sur un cas avec amélioration.

Les essais pratiqués dans plusieurs cas à l'hôpital des Enfants Malades dans le service du Professeur HEUYER n'ont apporté que peu de modification dans l'état des malades et aucune guérison.

7 cas traités par cure de Sakel n'ont pas été modifiés, écrit E.R. CLARDY. D'après ce même auteur, 10 cas traités par électrochocs ont été aggravés après une amélioration passagère.

Thérapeutiques pharmacologiques stimulantes ou sédatives.

L'amphétamine sous forme de sulfate par voie buccale à la dose de 10 à 20 mg. pro die a donné à BRADLEY et BOWEN de grosses améliorations chez des enfants schizophrènes ou schizoïdes. Sur 100 cas, si presque tous ont bénéficié peu ou prou, l'un a réagi par une accentuation de son attitude d'isolement et de bizarrerie. Un autre devint très agité, activité psychomotrice extrême et peut-être plus infantile, plus immotivée, qu'auparavant. Le sulfate d'éphédrine par voie buccale a donné à ces mêmes auteurs des résultats variables, mais souvent une accentuation de leurs troubles (7 sur 8 cas) (dose 25 mg. par jour). Le citrate de caféiné à la dose de 0,20 cg. par la

bouche n'a pas donné de résultats précis. Le sel sodique de l'amytal à la dose de 20 cg. par jour (per os) n'a pas non plus donné de modification de l'état des malades.

Narcothérapie.

L'amytal sodique intra-veineux à la dose de 0,30 cg. environ provoque en général immédiatement un état d'agitation rendant nécessaire soit l'arrêt de l'injection, soit l'accélération de celle-ci, qui provoque alors un sommeil barbiturique classique.

La répétition de ces injections a pu amener pour BRADLEY :

- l'amélioration temporaire d'un catatonique ;
- une détente, une diminution de l'anxiété chez cinq sujets, avec souvent une légère euphorie, qu'il faut certainement attribuer à l'action du barbiturique.

Psychanalyse.

L'utilisation de cette technique a été essayée avec des succès divers par les analystes surtout dans les pays anglo-saxons, et depuis quelques années en France.

Tous sont unanimes à signaler l'extrême difficulté de la thérapeutique analytique chez ces enfants en raison de l'absence de contact affectif, du désintérêt pour le monde réel, de l'infantilisme de la pensée rendant à peu près impossible l'utilisation du langage et l'analyse des associations d'idées.

L'utilisation du dessin et surtout du jeu a permis d'obtenir quelques succès. Malheureusement, avant d'affirmer la guérison, il est nécessaire d'avoir le recul du temps, ce qui n'est pas le cas de la plupart des publications et les erreurs de diagnostic sont fréquentes au début de la psychose, à la période où le traitement a le plus de chance d'être efficace.

M. KLEIN, dans les cas de guérison publiés, indique qu'il s'agissait d'enfants névrotiques et non psychotiques. Certains cas sont considérablement améliorés lorsqu'ils sont placés dans des conditions affectives favorables.

Pour MAIER, le milieu asilaire aurait un effet très défavo-

nable, il serait utile de placer ces enfants dans une famille équilibrée et de leur faire continuer une scolarité aussi normale que possible. Jusqu'ici, les résultats publiés aux Etats-Unis ne sont pas très convaincants.

Les traitements psychothérapiques tentés par les analystes utilisent souvent ce que Mme SÉCHEHAYE a nommé la « réalisation symbolique ». Il s'agit d'établir un contact avec le malade non sur le mode intellectuel, mais basé sur l'utilisation de gestes, de mots, d'actes ayant une valeur symbolique. Une véritable conversation s'engage avec l'inconscient du malade. Mais que ce soit l'expérience de Mme SÉCHEHAYE, ou celle d'autres analystes (John N. ROSEN), elles ont nécessité des heures, des journées de présence auprès des malades et ne sont que des observations assez rares.

Ces techniques ne sont pas encore suffisamment précises, leur efficacité est encore trop discutable pour que l'on puisse ici en faire état.

Psychothérapies diverses.

En dehors de ces techniques, beaucoup d'auteurs ont publié des cas de guérison par des psychothérapies multiples.

Rappelons que BRULL en 1926 publie un cas de « démence catatonique » guéri en réunissant la malade avec sa mère. LUTZ pense que le traitement est possible par une véritable rééducation. HOMBURGER signale la valeur thérapeutique d'activités pragmatiques (de l'ergothérapie, dirions-nous).

CLARDY estime à environ 65 % les cas de schizophrénie infantile qui sont améliorés par une psychothérapie tendant à apaiser l'anxiété et la peur du monde extérieur. Pour cela, il est nécessaire de réunir autour de l'enfant un cadre dont tous les éléments soient formés de thérapeutes conscients de leur rôle. Leurs réactions ne doivent en effet jamais être agressives et ne pas utiliser de sanctions.

Dans un symposium qui s'est tenu en février 1952 à Chicago, le Docteur Bruno BETTELHEIM a terminé sa série d'exposés en parlant de son expérience de la schizophrénie infantile. Après avoir signalé qu'à son point de vue cette psychose n'apparaissait qu'après plusieurs générations d'anomalies du caractère

et du comportement, progressivement aggravées, il donne des indications sur sa technique, d'ailleurs très empirique, de psychothérapie. Dans un premier temps, qui dure environ 1 an, la thérapeutique consiste à satisfaire complètement l'enfant et à lui faire sentir qu'il n'est plus rejeté, mais accepté par le monde extérieur. Dans un deuxième temps, il est possible d'établir un contact direct entre thérapeute et sujet, ce qui permet de faire accepter de ce dernier l'existence dans la réalité de besoins et d'interdictions et de lui en faire acquérir la maîtrise. La troisième période est une phase de réadaptation et de reprises de contact avec le monde. En terminant, l'auteur signale la médiocrité des résultats thérapeutiques, qui ne guérissent pas le malade, mais lui permettent une relative adaptation.

Psychochirurgie.

Les essais de traitements par leucotomie ou lobotomie pré-frontale n'ont pas été suivis de succès jusqu'ici. Un cas que nous avons pu observer a été amélioré pendant 4 à 5 mois, mais après cet épisode d'espoirs, l'état du sujet s'est considérablement aggravé et il a dû être placé dans un hôpital psychiatrique.

PRONOSTIC

Nous l'avons déjà vu à propos du traitement.

Le pronostic est en général considéré comme grave. L'évolution vers un état d'aliénation mentale est la règle, cependant il nous faut reprendre ici les différentes possibilités.

Le pronostic des syndromes schizophréniques apparaissant dans les démences infantiles est celui de ces démences.

Le pronostic des réactions des attitudes schizophréniques est beaucoup plus bénin, la guérison est la règle, il faut cependant noter la possibilité de rechutes et l'aspect cyclique de certaines formes.

Dans la schizophrénie infantile authentique, l'évolution peut parfois s'arrêter et s'il n'existe pas de guérison complète, l'on peut observer des cas où le sujet compense partiellement ses troubles. Il restera un inaffectif, souvent aboulique, n'ayant qu'une capacité de travail réduite, vivant très isolé et trouvant dans une vie imaginative luxuriante une compensation à l'infériorité de sa situation sociale.

HOMBURGER et plus tard LUTZ écrivent que le pronostic semble plus grave dans les formes lentement évolutives. Cette notion est peut-être due à l'observation de cas qui n'étaient que des réactions schizophréniques aiguës de pronostic favorable et aux cas de schizophrénies aiguës décrits par les Allemands et qui correspondent soit à des accès de confusion mentale, soit aux bouffées délirantes de la nosographie française. En réalité, quel que soit le mode de début, quel que soit aussi le caractère évolutif, lentement évolutif ou entrecoupé de rémissions, le pronostic est sombre. Dans les formes lentes, surtout les formes autistiques, l'on observe peut-être plus fréquemment un arrêt du processus évolutif et plus tard une semi-adaptation au réel, malgré la persistance des troubles, car jamais la guérison n'est complète.

Le pronostic serait d'autant plus grave que l'atteinte serait plus précoce. Si l'on admet qu'en dehors même d'une détério-

ration intellectuelle qui n'est pas prouvée, la psychose est du fait même de l'indifférence, du désintérêt profond pour le réel, un obstacle à toute acquisition nouvelle, son apparition entraîne une pauvreté de l'activité idéique d'autant plus accentuée qu'elle aura été plus précoce.

PSYCHOPATHOLOGIE

Après avoir tenté de reprendre la séméiologie de la schizophrénie infantile tant d'après les auteurs qui se sont occupés de cette question que d'après les observations que nous avons pu rassembler, nous allons essayer de donner quelques indications sur les conceptions psychopathologiques.

La plupart des symptômes sont considérés comme secondaires et l'on s'est attaché à découvrir le « trouble primaire », le « *primum movens* » de ce spectacle énigmatique que nous donne le schizophrène. La connaissance de la cause même de la psychose permettrait de mieux la comprendre et d'intervenir par une thérapeutique efficace. C'est là l'espoir de tout médecin.

BLEULER décrit le trouble primaire comme une dissociation des facultés intellectuelles directement en rapport avec le processus. MINKOWSKI, dans son ouvrage sur la schizophrénie, insiste sur la « perte du contact vital avec le réel ». C'est cette notion que nous retrouverons dans la plupart des publications de schizophrénie infantile parues dans les pays anglo-saxons, mettant l'accent sur un trouble manifeste : la perte de l'intérêt pour le réel. Mais nous devons d'abord signaler quelques données que nous a apportées la psychanalyse.

Nous nous référerons en grande partie pour cette rapide vue d'ensemble aux travaux que Mélanie KLEIN a publiés de 1921 à 1945 et à ceux d'Anna FREUD. Voici, sauf erreur d'interprétation de notre part, la conception de ces auteurs sur le développement de l'enfant normal d'abord, du schizophrène d'autre part.

Le développement psychique de l'enfant passe par des phases successives et d'emblée précisons que :

1° Ces phases s'imbriquent les unes dans les autres et deux phases successives se chevauchent dans une partie de leur durée (A. FREUD).

2° Même chez l'enfant normal, il y a parfois des retours en arrière, des régressions passagères à un stade antérieur qui ne permettent en rien de préjuger de l'avenir, ces épisodes sont surmontés lorsque l'enfant acquiert du fait de son développement de nouvelles possibilités (A. FREUD).

3° Ces périodes ne sont pas toujours vécues dans leur intégralité et certains sujets pourraient éviter l'une d'entre elles sans présenter pour cela de trouble apparent.

Ces phases schématiques sont celles-ci :

— Stade oral passif, qui est celui de la période suivant immédiatement la naissance, pendant laquelle toute la libido de l'enfant est centrée sur l'alimentation que distribue la mère nourrice.

— Stade oral agressif. A ce stade, l'enfant acquiert une certaine agressivité contre sa mère, en particulier du fait des frustrations qu'elle lui inflige (imposition d'horaire d'alimentation), la mère est tantôt une bonne mère, tantôt une mauvaise mère. L'agressivité est dirigée contre elle et ce qu'elle contient, c'est-à-dire d'une part le pénis du père que la mère incorpore dans les rapports sexuels, d'autre part les enfants et les matières fécales. En raison des conceptions sexuelles de cet âge, cette agressivité est vécue sur le mode oral : l'enfant veut manger sa mère, le « sein de sa mère », mais par le phénomène de projection-réflexion, cette agressivité dirigée contre un objet sera ensuite ressentie comme agressivité de l'objet à l'égard du sujet, d'où la peur d'être agressé par sa mère (ou par le père inclus dans la mère sous forme de pénis), par ses frères et sœurs, d'où aussi l'anxiété qui sera à l'origine du complexe de castration chez le garçon et de son équivalent chez la petite fille ; c'est-à-dire la peur d'une agression contre ce qu'elle-même contient : les matières fécales et surtout les enfants.

La violence même de ces attaques déclenche une réaction anxieuse considérable. Le monde extérieur est conçu comme hostile, agressif et l'enfant aura tendance à se replier sur lui-même (ébauche de l'activité autistique). Ulérieurement, sa perception de la réalité en sera perturbée.

Normalement ce stade est dépassé par l'apparition des stades génitaux d'une part, par la sécurité que donne à l'enfant une mère aimante d'autre part. Une vue plus objective du sur-moi parental apporte un adoucissement et rend possible une iden-

tification rassurante et l'introjection d'un sur-moi non rigide apportera une quiétude qui permet à l'enfant de dépasser ce stade et d'acquérir une juste représentation du monde extérieur.

Cette période n'est que partiellement dépassée lorsque survient le stade sadique anal. Celui-ci, avec le stade urétral sadique, est très vite adjoint au sadisme oral. Dans les phantasmes, les excréments sont considérés comme armes dangereuses, puis ultérieurement les attaques étant subies par le sujet sur le même mode, ils sont assimilés à des substances empoisonnées. Ce que M. KLEIN explique de la façon suivante : les excréments sont d'abord un objet de plaisir (défécation), les tentatives d'éducation des sphincters par les parents font de ce plaisir une interdiction, une faute et ils sont bientôt considérés comme de « mauvais objets ».

Le développement se poursuit. Il est nécessaire de bien se rendre compte qu'il ne peut être schématisé de façon précise, car interfèrent alors de multiples facteurs souvent contradictoires, souvent aussi ambivalents : complexe d'Œdipe et complexe de castration, amour et agressivité dirigés sur les parents, amour des parents pour l'enfant, hostilité plus ou moins déguisée de l'un ou des deux parents, agressivité de ceux-ci ressentie comme « écrasante », terrifiante par l'enfant (en tout cas hors de proportion avec ce qu'elle est en réalité), réaction de culpabilité, peur de perdre l'objet d'amour, etc... Restons à ce qui nous concerne directement ici, c'est-à-dire la schizophrénie.

Pour M. KLEIN, celle-ci est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit chez l'enfant : réaction de repli sur lui-même devant un monde extérieur perçu comme hostile et méchant, cruel même. Cette réaction correspond chez le schizophrène à une fixation ou à une répression au stade sadique-oral, ce que montre l'analyse de ces enfants. Leurs phantasmes sont très souvent vécus autour de ces deux thèmes, agression sadique contre la mère et ce qu'elle contient sur le mode oral : c'est-à-dire manger, dévorer et peur en retour d'être mangé par la mère. Nous en rapprochons l'observation du petit Roger (n° 5), qui est à cet égard des plus démonstratives.

Ce stade serait normal et la plupart des enfants dépasserait sans accidents cette période. Le caractère des parents trop rigides, trop peu affectueux, tout au moins extérieurement, amplifierait les difficultés (de même que l'absence de la mère)

et serait parfois responsable des échecs ultérieurs de l'enfant. Toutes les forces énergétiques du Moi (en formation chez lui) sont accaparées par la contention, le refoulement des tendances agressives non sublimées ne pouvant diriger les forces instinctives vers l'extérieur suivant une voie autorisée par le Sur-Moi (ce dernier trop rigide ne laissant rien passer), le Moi reste tourné sur lui-même, tendu, anxieux, terrifié par les instincts qu'il a peine à contenir, il restera un Moi faible et échouera devant la moindre difficulté extérieure. D'où la constitution d'un caractère particulier qu'il faut rapprocher de la schizoïdie, repli général contre tout contact venant de l'extérieur. Comment, à partir de ces données, concevoir le développement de la schizophrénie ?

L'individu qui a subi des frustrations trop intenses, mais qui trouve au cours de son évolution ultérieure dans un milieu favorable la satisfaction de ses besoins d'amour, acquiérera la possibilité d'une adaptation normale à la vie. Il trouvera son épanouissement dans la réussite sociale et aura moins tendance à se réfugier dans des rêveries, dans un mutisme. Des conditions défavorables vont au contraire l'enfoncer dans sa psychose et entre ces deux extrêmes, de multiples évolutions sont possibles de semi-adaptés, de rêveurs éveillés, d'autistes, d'individus apparemment très syntones que des difficultés nouvelles, que des conflits affectifs, qu'un accident somatique risquent de replonger dans la psychose en les ramenant à un stade infantile sans être pour cela la cause, tout au moins dans cette conception.

J.J.B. MORGAN, en 1935, écrit au sujet d'enfants inadaptés au milieu scolaire qu'ils se replient sur eux-mêmes parce qu'ils ne peuvent assumer les difficultés qu'ils rencontrent.

M. KLEIN pense que l'entourage étant source de conflit, l'enfant se referme sur lui-même. Cette régression vers un stade infantile au cours d'accidents somatiques (les maladies infectieuses les plus banales) est d'observation courante. Est-ce à cela qu'il faut rattacher le fait que des adultes apparemment normaux se comportent, lorsqu'ils sont malades, de manière si puérile. Une critique immédiate est le caractère épisodique, spontanément curable de ces troubles. Chez le schizophrène, la maladie ou le trauma déclenchant laissent une attitude durable. Il faut alors concevoir qu'il y a eu un effondrement de

la personnalité, du moi déjà antérieurement faible et l'on retrouve la nécessité d'une détérioration du psychisme qui ne permet plus la reconstruction d'une personnalité adaptée et laisse passer toutes les instances sous-jacentes. D'où l'extériorisation, comme dans le rêve, des tendances instinctives qui se font jour à la surface dans les phantasmes du schizophrène, que celui-ci les exprime par la parole ou par le dessin.

Par extension de cette conception qui fait de l'autisme une activité fuyant la réalité et le monde perçu comme hostile, agressif, dangereux, on pourrait expliquer l'existence de réactions schizophréniques passagères chez des sujets placés dans des conditions difficiles ou qui sont réellement l'objet de l'hostilité d'un monde qui les refuse et les persécute (réaction schizophrénique chez les israélites, réactions carcérales). Ces réactions seraient passagères le plus souvent, mais elles pourraient se reproduire chaque fois que le sujet est replacé dans des conditions sociales ou affectives difficiles. Vu dans cette ligne, le mutisme et les troubles du langage en général observés dans la schizophrénie infantile ne sont que l'expression du refus de contact ; il en est de même pour l'anorexie mentale, le refus d'aliments. Il est important de signaler que M. KLEIN parle de psychose infantile sans précision, beaucoup plus que de schizophrénie infantile et si elle évoque ce diagnostic, c'est dans les cas où il avait été posé par d'autres médecins. Mais il existe pour cet auteur des mécanismes psychotiques et des attitudes névrotiques dont l'aspect clinique est très polymorphe et dont seule l'analyse permet le diagnostic. Elle écrit : « Je peux donner un exemple dans lequel l'activité stéréotypée était entièrement basée sur une anxiété psychotique, mais qui n'avait jamais fait évoquer ce diagnostic. Un enfant de 6 ans jouait pendant des heures au policeman, réglant le trafic automobile. Il prenait toujours certaine attitude et restait fixé dans certaines d'entre elles pendant quelques instants. Il montrait aussi des symptômes de catatonie tels que stéréotypies et l'analyse révélait la peur caractéristique, écrasante, l'effroi que nous classons dans les cas de nature psychotique. Notre expérience nous a montré que cette terreur écrasante est contenue par des moyens variés avec lesquels les symptômes sont en relation ».

Mais le mécanisme psychologique qui permet de comprendre l'attitude, le comportement, les phantasmes, les idées déli-

rantes, n'a pour beaucoup d'auteurs que l'intérêt relatif de toute séméiologie « secondaire », il laisse intact le problème de la cause même de la psychose, du trouble primaire. L'on peut aisément concevoir qu'il y a dans la schizophrénie un effondrement de la personnalité d'un « Moi » déjà peut-être antérieurement faible et nous retrouvons ici le joint entre ces mécanismes psychologiques et l'existence d'une détérioration d'une dissociation psychique qui permet leur extériorisation ? C'est la détérioration dont la cause nous échappe, cette cause n'est certainement pas unique et chaque cas demanderait une étude étiologique approfondie. Le problème se pose alors de façon suivante : l'évolution psychologique comprise par les données analytiques nous permet de comprendre l'existence de caractères particuliers, originaux, enfants rêveurs, un peu étranges, dont l'âge adulte ou l'adolescence trouvera dans une productivité relative (artistique ou autre) une certaine possibilité de vie sociale. Dans l'autre cas, la richesse de l'intelligence permettra à la fois d'exercer un emploi rémunérateur, de trouver dans le succès social un soulagement à l'anxiété profonde et un apaisement au sentiment d'hostilité laissant de moins en moins de place à des rêveries autistiques dans lesquelles les difficultés ou les insuccès risqueraient de replonger le sujet. C'est ce qui se produirait pour des enfants apparemment normaux et bien insérés dans le réel jusqu'à un certain âge, mais qui, à l'occasion soit d'un état de fatigue, soit de l'apparition pour eux de difficultés nouvelles (conflit familial, scolarité), soit de la réunion de ces deux facteurs, vont se replier sur eux-mêmes, refuser la réalité déplaisante, se réfugier dans une rêverie. Ce repliement sous-tendu par une anxiété intense peut réaliser un tableau clinique très comparable au début de la schizophrénie infantile, mais qui est essentiellement curable.

De même nous conservons la possibilité de l'extériorisation de ce même tableau à l'occasion de détérioration, de démence authentiquement organique comme certains cas de démence post-encéphalitique, la démence de HELLER, si nous nous rapportons aux cas publiés par HELLER lui-même et par ZAPPERT, nous semblent se rapprocher de très près du tableau de la schizophrénie infantile (cf. obs. 22). Il est souvent possible dans ces cas de mettre en évidence une atrophie cérébrale cortico-sous-corticale diffuse très importante.

Mais il reste un certain nombre de cas qui, par leur symptomatologie, peuvent être placés dans le cadre de la schizophrénie infantile. Diagnostique que l'absence d'étiologie précise et que l'évolution vient confirmer.

Ils ont été l'objet de multiples travaux, sans que pour cela le problème en ait été beaucoup éclairci.

L'étude par des tests de la structure de la pensée du schizophrène, tant enfant qu'adolescent, a révélé un trouble important de la perception du monde extérieur. La perception est fragmentaire, déchiquetée au test de Rorschach. Les Dd, l'essai de construction d'une vision d'ensemble à partir de détails accordés de façon parfaitement incohérente, absurde, ne donne qu'une vision globale mauvaise. Par ailleurs, nous l'avons déjà signalé, dans le dessin le schizophrène accumule sur la feuille de multiples petits dessins juxtaposés ou se recouvrant partiellement. Il n'y a pas là non plus de perception d'ensemble. Ce qui paraît correspondre à un trouble extrêmement important de la vision des formes et de la perception de l'espace.

Rappelons ici les travaux de L. BENDER, effectués à l'aide du « Gestalt visual test ».

Cette incapacité que présente l'enfant schizophrène de percevoir le monde extérieur dans son ensemble nous semble être un signe extrêmement important de la psychose.

Chacun connaît maintenant les grandes lignes de la théorie gestaltiste qui a fait suite aux conceptions atomistiques des philosophes du XIX^e siècle en s'opposant à elles.

Il nous faut rapprocher de ce trouble de la perception du monde extérieur les troubles du schéma corporel. Signalés déjà par I.P. SIMSON en 1936, ils furent étudiés concurremment avec les troubles moteurs de la catatonie par L. BENDER — cet auteur, et en cela nous ne pouvons que confirmer ses dires, indique qu'en aucun cas il ne s'agit de signes focaux traduisant une lésion neuro-endocrinienne précise, mais que dans le domaine neuro-végétatif comme dans les domaines affectifs ou intellectuels, il y a une perturbation d'un niveau plus élevé atteignant les fonctions d'intégration troublant le « comportement biologique » normal.

L'un des troubles les plus notables que l'on retrouve donc chez les enfants schizophrènes est l'impossibilité de percevoir la réalité, de la comprendre et peut-être aussi l'impossibilité

d'agir sur le réel et de s'exprimer par lui. Son activité est toute autistique, indépendante et inadéquate. Cette impossibilité de perception du réel en tant que tel, comme l'impossibilité d'action dans le réel, peut être rattachée à des perturbations psychiques ou neurologiques.

L'on retrouve chez l'enfant comme chez l'adulte deux grandes catégories de cas. Les uns semblent évoluer depuis la prime enfance et développer progressivement une personnalité anormale évoluant vers le tableau classique de la schizophrénie.

Les autres apparaissent au cours d'un développement apparemment normal, marquant cette évolution d'une rupture brusque ou progressive. L'on ne sait pas encore s'il faut rattacher les premières à des formes processuelles de début très précoce (les premiers mois de la vie) ou à des formes héréditaires innées, mais dans tous les cas il est possible de rattacher les troubles de l'affectivité, de l'humeur, de l'activité à une perte de l'adaptation à la réalité pour ces différentes fonctions.

Affectivité, humeur, activité, ne sont pas détruites, mais inadaptées, et donnent souvent l'impression de n'être plus que la caricature du normal, de n'être que joué et non authentique. D'où le caractère « discordant » que l'on retrouve noté dans beaucoup d'observations, en France tout au moins.

L'explication qu'en donnent certains analystes, en faisant de ce trouble du contact avec la réalité un retrait, un refus du réel, perçu, en raison des conflits et de l'agressivité de l'enfance, comme hostile, prête le flanc à des critiques multiples. Ce repli aurait une valeur hédonique. Il se traduirait par une activité strictement autistique. Il semble bien que si le schizophrène a une activité autistique, ce n'est pas par un choix, un refus de l'activité pragmatique, mais par une impossibilité d'agir dans le réel. L'explication analytique ne nous permet guère non plus d'interpréter les cas nombreux qui évoluent comme un processus organique et dans lesquels le contact avec la réalité semble détruit progressivement.

L'organo-dynamisme de H. Ey est une doctrine séduisante, compatible avec tous les apports psychanalytiques. La notion jacksonienne de libération d'instances sous-jacentes par détérioration des superstructures est très satisfaisante dans les cas de démence ou de détérioration authentique. Malheureusement, en ce qui concerne la schizophrénie infantile, il manque encore

la preuve de l'existence d'une lésion ou d'un dysfonctionnement organique.

Si l'on estime que la séméiologie secondaire à une détérioration dépend de l'âge du sujet, toute détérioration démentielle de l'enfant devrait réaliser un tableau univoque qui serait celui de la schizophrénie, puisque l'on considère dans cette doctrine celle-ci comme une dissociation, une détérioration authentique (on ne sait pas toujours de quoi). Ce n'est pas le cas et un certain nombre de démences infantiles ont des aspects cliniques fort différents. Il faudrait admettre que la psychose ne présente cet aspect que chez des enfants dont le vécu ou l'hérédité a laissé fragile leur perception du réel. Ce qui expliquerait l'existence de cas de démences authentiques schizophréniques et de cas de démences dont l'aspect reste différent et la schizophrénie ne serait qu'un syndrome traduisant une détérioration chez des sujets déjà perturbés.

Mais il reste encore à expliquer les cas dont l'état antérieur à la psychose semble avoir été tout à fait normal, et nous ne sommes là que devant une accumulation d'hypothèses.

Si l'on reprend une doctrine psychogénétiste, la schizophrénie apparaît comme la conséquence des conflits entre l'individu et le monde extérieur dès la première enfance, à la suite desquels deux possibilités d'évolution se présentent. L'enfant trouve dans le monde extérieur la satisfaction de ses besoins d'affection et l'allègement de son anxiété lui permet une perception plus juste du réel et une bonne adaptation. L'enfant ne trouve pas cette satisfaction et il reste fermé, hostile, se réfugiant dans son monde autistique où seront apaisés tous ses conflits.

Dans le premier cas se développera une personnalité sensiblement normale, adaptée, mais que se modifie l'ambiance, qu'elle devienne réellement hostile et apparaîtront des réactions de repli, de refus, se traduisant par des épisodes schizophréniformes. Celles-ci seront déclenchées par des difficultés affectives ou sociales d'autant plus minimes que l'enfant aura été plus perturbé à l'origine, que son « Moi » sera plus faible. Une maladie physique, plaçant le sujet dans une situation difficile, amoindrissant ses forces de résistance, pourra elle aussi être à l'origine de la psychose qui paraît alors.

Dans le second cas, la personnalité apparaîtra anormale très jeune. Les périodes critiques du développement de l'enfant

seront marquées par des incidents, des réactions d'allure névrotique.

Le début de la scolarité aggrave les troubles en plaçant l'enfant dans une ambiance de rivalité, de compétition, aggravée de ce que son attitude même risque d'exciter les moqueries et l'hostilité de ses camarades. Il s'enfermera progressivement dans la psychose.

Partout, nous revenons sur ce point, ce que l'on tente d'expliquer, c'est la perte du contact, la perte de la perception et de la compréhension de la réalité. Celle-ci est une fonction de l'esprit humain des plus complexes et évoluées. Cette fonction est perturbée dans la schizophrénie. Il serait utile d'étudier plus longuement les éléments nécessaires à son établissement. Elle se forme au cours du développement de l'enfant et deux éléments nous semblent indispensables à sa constitution. Un élément organique-neurologique. Les systèmes de perceptions, le système expressionnel de l'affectivité et de l'humeur — mécaniques, dont le bon fonctionnement est indispensable à la compréhension du réel et aux relations avec celui-ci. Un élément psychique mis en évidence par les travaux psychanalytiques et qui ressort avec évidence des publications de cet ordre. La perception et la compréhension du réel ne peut s'élaborer que dans un certain climat affectif favorable en l'absence duquel, par les mécanismes d'agressivité projetée, la perception du milieu extérieur est faussée.

« La réduction du besoin de contact, écrit LUTZ, est une sorte de refus psychique de nourriture », mais il précise plus loin qu'il ne s'agit pas, à son avis, d'un retrait, d'une attitude active, mais d'une impuissance de contact — et cela nous semble extrêmement important. La schizophrénie n'est pas le résultat d'une volonté de repli sur soi, mais au contraire la séméiologie de la schizophrénie infantile est en partie faite, surtout au début, des résultats de l'effort du sujet pour établir un contact, pour rétablir le courant d'échange avec le milieu extérieur. Tentatives incohérentes, discordantes, dans leurs résultats, tentatives malgré tout, d'expression, qui méritent d'être envisagées dans ce sens et non comme une activité dégradée, semi-automatique.

Ce qui n'empêche pas la coexistence d'une activité autistique (elle n'est autistique que parce qu'elle ne peut s'exprimer dans

le réel) et du négativisme : résultat d'une perception faussée, hostile, de l'ambiance.

L'attitude de l'enfant schizophrène soit dans son autisme, soit dans ses tentatives d'expression, nous semble assez différente de l'attitude du dément post-encéphalitique beaucoup plus passive... suggestible plus que négativiste, le schizophrène n'étant suggestible que par négativisme. De là les interprétations de la schizophrénie comme un syndrome d'étiologie fort diverses organiques et psychologiques. Le point commun serait une perturbation de l'appréhension du réel, d'où une activité autistique s'exerçant dans le monde de l'imagination et du rêve.

Ceci a entraîné une extension considérable du cadre de la schizophrénie infantile. Jusqu'à ce que des travaux actuels ou ultérieurs ressortent des indications plus précises, il est nécessaire, croyons-nous, de restreindre le concept aux cas que nous avons décrits à l'étude sémiologique et dont l'évolution chronique est comparable (1) à celle de la démence précoce de l'adolescent ou de l'adulte jeune. Ce qui n'empêche pas d'avoir d'un sujet à l'autre des variations d'aspect qui seraient en relation avec la constitution et l'hérédité d'une part, l'état de maturation de sa propre personnalité et les expériences vécues de son enfance antérieurement à l'atteinte psychotique.

En terminant ce trop bref résumé, nous voudrions signaler, un élément intéressant cette étude.

M. MEAD rapporte les conditions éducatives chez les habitants de Bali. Dans cette civilisation, l'éducation des enfants comporte des frustrations systématiques dès les premières semaines, la mère les laisse un certain temps sans nourriture, à plusieurs reprises, ceci dans le but de les rendre, plus tard, indifférents, insensibles aux difficultés et aux frustrations de la vie. Nous ne faisons que signaler ce fait, une étude comparative sur les méthodes d'éducation dans diverses civilisations serait certainement d'un très grand intérêt. Résultats des données empiriques, elles nous apporteraient certainement d'utiles renseignements sur le mode de développement psychologique de l'enfant.

(1) Sans être identique.

TROUBLES DU CARACTERE, DU COMPORTEMENT, DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DANS L'ENFANCE DU SCHIZOPHRENE

Nous ne ferons qu'aborder ce sujet qui ne nous intéresse que dans la mesure où, avec certains auteurs, l'on pourrait considérer ces troubles comme les signes d'une première atteinte du processus schizophrénique.

Nous ne reparlerons pas des signes de début de la schizophrénie infantile dont le polymorphisme a été signalé précédemment, mais dont l'évolution se fait assez rapidement vers le tableau complet de la psychose.

Le problème reste posé, tant pour les troubles du caractère ou du comportement que pour les retards du développement psychomoteur, de la possibilité d'une première atteinte schizophrénique que l'on ne peut évoquer lorsque le tableau vient ultérieurement affirmer ce diagnostic. Nous avons déjà discuté des schizophrénies greffées sur un fond d'arriération.

Il est réel que lors de l'interrogatoire minutieux des parents ou éducateurs qui se sont occupés d'un adolescent schizophrène l'on retrouve souvent des troubles presque passés inaperçus, car peu durables. Cependant, il est nécessaire de faire une critique serrée des dires des parents qui recherchent anxieusement dans les antécédents de leurs enfants psychotiques ce qui aurait pu être le premier signe d'alarme permettant d'intervenir par une thérapeutique efficace.

Certains épisodes sont cependant retrouvés avec une relative fréquence, en particulier les épisodes de mutisme ou d'anorexie mentale. On ne peut guère en tirer de conclusion pratique. Heureusement tous les mutismes de l'enfant, ou tous les épisodes d'anorexie mentale ne sont pas les précurseurs obligatoires d'une évolution psychotique.

En dehors de cela il faut bien dire que tout a été retrouvé, colères, bouderies, réactions de schizoïdie passagère, mythomanie, instabilité, timidité, tics, etc...

L'on comprend aisément l'intérêt de l'enquête menée dans le service du Professeur HEUYER, cherchant à retrouver ce qu'étaient devenus les enfants observés à sa consultation. Ce travail considérable, effectué à partir d'observations rédigées par des spécialistes 10 à 15 ans auparavant, devrait apporter des éléments statistiques extrêmement importants.

Rappelons que VOIGT avait classé les divers aspects de la personnalité des sujets qui présentèrent ultérieurement une démence précoce en 4 groupes :

- les enfants rêveurs déjà autistes,
- les enfants irritables,
- les enfants présentant des instincts anti sociaux,
- enfin ceux qui montrent un goût étrange pour la pédanterie, la préciosité.

CONCLUSION

Sans que l'on puisse délimiter actuellement de façon très précise dans la nosographie psychiatrique actuelle ce qui appartient à la schizophrénie infantile, il semble que l'on puisse considérer celle-ci comme une maladie dans le sens où ce terme représente la réaction d'un organisme (somatique, psychique et mental) à des agressions fort diverses. Il est nécessaire d'écarter de ce cadre les démences post-encéphalitiques ou démences d'étiologie connues dont certaines formes cliniques rappellent parfois de très près le syndrome schizophrénique. De même il faudra en écarter les réactions névrotiques de refus, de repli, de bouderie, fréquentes au cours des périodes critiques de l'enfance, mais dont le pronostic est en règle favorable.

Il reste un certain nombre de cas, de plus en plus nombreux au fur et à mesure que les travaux des auteurs précisant la séméiologie sont mieux connus des pédiatres.

Dès 1929, le Professeur HEUYER s'attachait à préciser les « Voies d'entrée dans la démence précoce » et c'est en France, dans son service, que l'on a le plus étudié ces questions. Trois aspects cliniques essentiels sont à retenir, d'ailleurs dans la pratique souvent intriqués :

— Une forme d'aspect démentiel simple qui peut prêter à confusion avec des démences post-encéphalitiques ou dégénératives de l'enfant si une analyse séméiologique précise ne vient pas faire le diagnostic.

— Une forme autistique où prédomine la perte du contact avec le réel et l'existence d'une activité désinsérée de la réalité.

— Une forme paranoïde qui se voit chez le grand enfant avec syndrome d'influence, délire hallucinatoire, et parfois un syndrome d'automatisme mental complet.

Les essais thérapeutiques de toutes sortes n'ont pas jusqu'ici apporté de résultats indiscutables, mais ce point est celui qui doit dans les années à venir faire des progrès considérables, si l'on en juge par le nombre de travaux en cours que l'on retrouve dans les publications du monde entier. De la psychochirurgie à la psychothérapie, les essais se multiplient, mais il est encore trop tôt pour en apprécier les résultats.

Vu :

LE DOYEN :
L. BINET.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
C. HEUYER.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY E. — *L'Encéphale*, 1910, p. 272, T. 2.
- BABCOCK H. — *Dementia praecox. A psychological study.* New-York, 1933.
- BAUMANN C. et VEDDER. — Zur frage der infantilen schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neur. und psych.*, 1936, 156, pp. 694-712.
- BELLAK L. — A multiple factor psychosomatic theory of schizophrenia. *Psychiatric quarterly*, 1949, 23, pp. 738-753.
- BENDER L. — A visual motor gestalt test. Monography of the american association of orthopsychiatry, n° 3, 1938.
- BENDER L. — Childhood schizophrenia. *Nervous child.*, 1942, I : pp. 138-140.
- BENDER L. — Childhood schizophrenia. *American J. of orthopsychiatry*, 1947.
- BENJAMIN E. — *Lehrbuch der psychiatrie des kindesalters.* Zurich, 1938, pp. 89-101.
- BERGMANN M., WALLER et MARCHAND. — Schizophrenic reaction during childhood in mental defectives. *Psych. Quart.*, 25 : p. 294, 1951.
- BLEULER E. — *Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien.* Aschaffenburg handbuch der psychiatrie. Leipzig, 1911.
- BOREL et ROBIN. — *Les rêveurs éveillés.* Paris 1925.
- BOUCHUT. — Des hallucinations chez les enfants. *Thèse Paris*, 1886.
- BRADLEY Ch. — Schizophrenia in childhood. New-York, 1941.
- BRADLEY Ch. — Early schizophrenia. *Int. Of Pediatrics*, 1947.
- BRADLEY Ch. et BOWEN M. — Amphetamina (benzedrine) therapy of children's behavior disorders. *Am. J. Orthopsychiat.*, II : 92-103.
- BRADLEY C. et BOWEN M. — Behavior characteristics of schizophrenic children. *Psych. Quart.*, 1941, 15 : 296-315.
- BRILL A.-A. — Psychotic children. Treatment and prophylaxy. *Am. J. Psych.*, 1926, 5 : 357.
- CHABERT (de) J. — *Etude clinique des démences infantiles.* Thèse Paris, 1934.
- CIAMPI L. — *Dementia praecocissima.* *Rev. Ital. di neuropath.*, 1919, Catania, 12 : 174-233.
- CLARDY E.-P. and GOLDENSOHN L.-N. — Schizophrenic-like reactions in children. *Psych. Quart.*, 15 : 100, jan. 1941, et *Psych. Quart.*, 19 : oct. 1945.
- CLARDY E.-P. — Development and course of schizo. in children. *Psych. Quart.*, 25, janv. 1951.
- CLAUDE, HEUYER et LACAN. — Un cas de démence précocissime. *Annales Médico-Psychologiques*, 1933, T. I, p. 620.
- COMBY J. — *Encéphalites chez l'enfant.* Thèse Paris, 1935.

- CORBERI G. — Dementia praecociss., D. infant., Phrenasthenia aparetico-aphasica tardiva et statii psicopatici prepuberati transitori. *Infanzia anorm.*, 3 : 1930, ref. Zbl. 63 : 821, 1930.
- CORBERI G. — Dementia praecociss., D. infant., Phrenasthenia aparetico-aphasica tardiva. *Zeitschrift für Kinderforsch.*, 1931, 38, pp. 268-274.
- CREAK, MILDRED. — Psychoses in children. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 31 : 519-528, 1938.
- DAN G.-C. et FRED G. WORDEN. — Case report 28 years after an infantile autistic disorder. *Am. J. of Orthopsych.*, juillet 1951, 21 : pp. 559-570.
- DESPERT J.-Louise. — Schizophrenia in infants and children. *Psych. Quart.*, 1938, 12 : 366-371.
- DESPERT J.-Louise. — The early recognition of childhood schizophrenia. *Med. Clin. No. Am.*, New-York, Number 1947, 680-687.
- DESPERT J.-Louise. — A comparative study of thinking in schizophrenic children and children of preschool age. *Am. J. Psychiat.*, 1940, 97 : 189-213.
- DESPERT J.-Louise. — Psychotherapy in child schizophrenia. *Am. J. Psy.*, 1947, 104 : 36-43.
- DUBLINEAU J. — Les grandes crises de l'enfance. Paris, 1947.
- EISSLER K.-R. — Remark on the psychoanalysis of schizophrenia. *Intern. J. of psychoanalysis*, 1951, vol. XXXII, p. 3 et p. 139.
- FALSTEIN E.-J. — Psychoses in Children. *Illinois. M.J.*, sept. 1939, 76 : 271-281.
- FREUD Anna. — *Revue Française de psychanalyse*, 1930-31, T. IV, n° 3, p. 428, n° 4, p. 610 ; 1949, n° 1, p. 70.
- FUST H. — Über schizophrenia im Kindesalters. *Monatschrift f. Psych. und neur.*, 1931, 79 : 278-301.
- GREBELSKAYA-ALBATZ E. — Zur klinik der schizophrenia des fruhen kindesalters. *Schweiz. Arch. f. neur. u. Psych.*, 1934, 34 : 244-253 ; 1935, 35 : 30-40.
- GRÜNTAL Max. — Über schizophrenia in kindesalters. *Ztschr. f. psych.*, 1919, 40 : 206-240.
- GUIDO Guidi. — Della dementia praecocissima. *Rivista di frenatria*, XXXVI, p. 831, 1910.
- HALBERSTADT G. — Démence précoce chez l'enfant. *Rev. Neur.*, 1926, 2 : 209-219.
- HARMS Ernest. — Childhood schizophrenia and childhood hysteria. *Psych. Quart.*, 1945, vol. 19, pp. 242-257.
- HEUYER et BOREL. — Le délire de rêverie. *Sté de psychiatrie*, 1922.
- HEUYER et LAMACHE. — Délire de rêverie et automatisme mental. *Journal de psychologie*, 19, 2, 1925.
- HEUYER, BADONNEL et BOUSSION. — Les voies d'entrée dans la démence précoce. *An. Méd. Psych.*, mars 1929.
- HEUYER, DUBLINEAU et MORGENTERN. — Rêverie délirante chez un enfant. *An. Méd. Psy.*, 1932, I, p. 153.
- HEUYER et LACAN. — Démence précocissime. *An. Méd. Psych.*, juin 1933.
- HEUYER, DUBLINEAU et DE CHABERT. — Les démences infantiles. *Arch. de Neurol.*, nov. 1934, p. 459, déc. 1935, p. 521.
- JASPER H., SOLOMON P. et BRADLEY. — Electro-encephalographic analysis of behavior problem children. *Am. J. Psych.*, 95 : 614-658, 1938.

- JÉLLIFE S.-E. — The signes of predementia praecox, their significance and pedagogic prophylaxis. *Am. Jour. Ment. Sc.*, Aug. 1907, 134, 158, 182.
- KLEIN Mélanie. — Les principes psychologiques de l'analyse infantile. *Revue de psychanalyse*, 1930-31, T. IV, p. 440.
- KLEIN M. — In contribution to psychoanalysis. Londres, 1947.
- KRETSCHMER E. — Körperbau und charakter, 1931.
- LANGFELDT. — De quelques psychoses schizophréniformes dans l'enfance. *Encéphale*, 1937, T. 2, p. 183.
- LAURIERS (Austin des) et Florence HALPERN. — Psychological tests in childhood schizophrenia. *Am. J. of orthopsychiatry*, janv. 1947.
- LAY R.-A. — Schizophrenic-like psychoses in young children. *Journ. Ment. Sci.*, 1938, 84 : 105-133.
- LEBOVICI S. — Nosologie et psychopathologie de la schizophrénie infantile. *Evol. Psych.*, 1949, 3 : 329.
- LOUTTIT C.-M. — Clinical psychology. New-York, 1936, pp. 520-538.
- LUTZ J. — Über die schizophrénie in kindesalters. *Schweiz Arch. f. neurol. und psych.*, 1937, 39 : 335-372 ; 40 : 141-163.
- MEYER A. — Constructive formulation of schizophrénie. *Am. J. of Psych.*, janv. 1922, 1 : 355.
- MINKOWSKI. — La schizophrénie. Paris, 1927.
- MINKOWSKA F. et MINKOWSKI. — La psychopathologie infantile et le test de Rorschach. *Evol. Psy.*, oct. 1947.
- MOREAU DE TOURS. — La folie chez l'enfant. Paris, 1888.
- PIOTROWSKI Z.-A. — The test behavior of schizophrenic children. *Proc. Am. Assoc. Ment. def.*, 1933, 38 : 332.
- PIOTROWSKI Z.-A. — A comparison of congenitally defective children with schizophrenic children in regard to personality structure and intelligence type. *Proc. Am. Assoc. Ment. def.*, 1937, 61 : 78.
- POTTER H.-W. — Schizophrenia in children. *Am. J. Psych.*, 1933, 89 : 1.253-1.270.
- SANCTIS (Sante de). — Alcune tipi di mentalita inferiore. 5° congresso internazionale de psicologi, Roma, 1905, p. 576-587.
- SANCTIS (Sante de). — Sopra alcuna varieta della demenza precoce. *Riv. sper. di frenatria med. leg.*, 1906, 32 : 141-165.
- SANCTIS (Sante de). — Dementia praecocissima catatonica. *Folio neurobiolog.*, oct. 1908.
- SIMSON T.-P. — Les signes initiaux de la Schizophrénie dans le bas âge. *Arc. de Neur.*, 1936.
- SSUCHAREWA G. — Über den verlauf des schizophrenien im kindesalters. *Ztschr. f. d. ges. neur. und psych.*, 1932, 142 : 309-321.
- TARGOWLA R. — La débilité mentale évolutive. *Prat. Méd. franç.*, octobre 1933.
- TRAMER M. — Tagebuch über ein geisteskrankes kind. *Zeitschrift f. Kinderpsychiatrie*, 1934 : août, oct., déc. ; 1935 : fév., avril, août, octobre.
- VOIGT L. — Über D. P. im kindesalter. *Ztsch. f. d. ges. neur. und psych.*, 1919, 48 : 167-234.
- WAAL Nick. — Un cas de schizophrénie de la première enfance. *Suppl. Acta Neurologica*, Oslo, 1947, p. 48.
- WEYGANDT W. — Idiotie und dementia praecox. *Ztschr. f. jugendl. Schwachsinn*, 1907, I : 4.

ZAPPERT J. — Dementia infantilis (Heller). *Wiener med. Wochensch.*, 2 : 30 : 1.328, 1921.

ZAPPERT J. — Démence de Heller. *Journal de Psych.*, mars 1938, vol. VI, p. 161.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	10
Histoire de la schizophrénie	10
Historique de la schizophrénie infantile	17
Observations	29
Description sémiologique de la schizophrénie infantile	68
Age et mode de début	68
Période d'état	72
Evolution	82
Les examens paracliniques	85
Diagnostic	86
La diminution d'intérêt pour le monde extérieur	86
Le négativisme	86
L'indifférence affective	87
La négligence physique	87
Les troubles de la parole	87
Les troubles du comportement	88
La mimique et l'attitude	88
Les troubles du cours de la pensée	89
Les tests mentaux dans la schizophrénie infantile	91
Conclusion	93
Le dessin chez les schizophrènes infantiles	94
Anatomie pathologique	96

Etiologie	98
Diagnostic différentiel	103
Syndrome schizophrénique et arriération mentale	104
Schizophrénie greffée (profschizophrénie) et débilité mentale évolutive	106
Syndrome schizophrénique et réaction de replis, de refus	107
Schizophrénie et démences infantiles	108
Schizophrénie et états d'excitation	109
Schizophrénie et confusion mentale	110
Schizophrénie infantile et hystérie	110
Schizophrénie et rêveurs éveillés	111
Traitements	113
Thérapeutique de choc	113
Thérapeutiques pharmacologiques stimulantes ou sédatives ...	113
Narcothérapie	114
Psychanalyse	114
Psychothérapies diverses	115
Psychochirurgie	116
Pronostic.....	117
Psychopathologie	130
Troubles du caractère, du comportement, du développement psy- chomoteur, dans l'enfance du schizophrène	130
Conclusion	133
Bibliographie	135

